E 1742

KAT.

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Országos Műszaki Könyvtár TULAJDONA

Institut. de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
ОБМЕН - CHIBRE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - CMEHA

Országos Műszaki Könyvtár TULAJDONA

1

1955
IANUARIE — MARTIE

EM

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacţie: Dr. TIRNAVEANU BASIL

Membri ai Colegiului de Redacţie:

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr. COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHERGHIŢOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREŞAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PIRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ŞTEFĂNESCU LEON, dr. VÎLCOCI ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE.

Orsz. Műsz. Könyvtár TULAJDONA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7

Anul V — ianuarie 1 martie — 1955

SUMAR

Pag.

Conf. PAUL PRUTEANU: Considerații asupra sarcinilor, formelor organizatorice și metodologiei spitalului regional 3

EUGEN BAD: Pentru o mai bună eficiență a spitalelor de circumscripție rurală cu secții 21

Conf. P. MUREȘAN: Studiul morbidității din întreprinderi 33

I. LĂPUȘAN, E. TUDORACHE: Considerații asupra metodelor de cercetare a morbidității din întreprinderi, pe baza rezultatelor studiului morbidității dintr-o întreprindere metalurgică 44

Prof. L. GROM, I. CALOENESCU: Principiile de bază ale sistemului de evidență primară și raportare statistică a centrelor sanitare și antiepidemice 59

GH. BRĂTESCU: Din istoria luptei pentru materialism în biologia și medicina romînească 75

* * *: Sumar pe anul 1954 89

EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

П. Прутеану — К вопросу о задачах, организационных формах и методологии областной больницы 3

Бад Е. — За улучшение действенности работы участковой больницы с отделениями по специальностям 21

Мурешан П. — Изучение заболеваемости в предприятиях . . . 33

Лапушан И., Тудораке Е. — К вопросу о изучении методов исследования заболеваемости в предприятиях, на основании результатов её изучения в одном из металлургических предприятий 44

Гром. Л., Калоенеску И. — Основные принципы системы первичного учёта и статистической отчётности санитарно-противоэпидемических центров 59

Братеску Г. — Из истории борьбы за материалистическое направление в румынской биологии и медицине 75

* * * Указатель статей за 1954 год. 89

Considerații asupra sarcinilor, formelor organizatorice și metodologiei spitalului regional

Conf. Paul Pruteanu
Catedra de organizare sanitară I. M. F. Iași

Spitalul regional, ca centru organizatorico-metodologic al activității curativo-profilactice de pe teritoriul regiunii, este o instituție recent apărută în organizarea sovietică a ocrotirii sănătății și foarte recentă în R.P.R. Primul spital regional de acest tip a fost înființat și a început să funcționeze la începutul anului 1954.

Experiența de un an a acestui spital necesită o analiză critică și ne poate da o orientare asupra celor mai bune forme de organizare a acestui fel de institut; vom analiza aici unele aspecte privind sarcinile, formele organizatorice și metodologia spitalului regional.

Sarcinile spitalului regional trebuie să tindă la realizarea obiectivului său principal, care constă în a acorda o asistență curativo-profilactică de înaltă calificare și a îmbunătăți asistența curativo-profilactică pe teritoriul regiunii. În concordanță cu acest obiectiv, spitalului regional îi revin următoarele sarcini:

I. Să acorde direct populației regiunii asistență curativo-profilactică de staționar sau policlinică de înaltă calificare și specializare în toate cazurile în care aceasta depășește posibilitățile rețelei curativo-profilactice din cuprinsul regiunii.

II. Să dea un ajutor tehnico-metodologic și organizatorico-metodologic, tehnic și științific, unităților curativo-profilactice din cuprinsul regiunii, în vederea ridicării calității asistenței medicale acordate de el.

III. Să pregătească cadre specializate pentru spitalele raionale și de circumscripție (cu secții de specialitate) și să activeze în vederea continuei ridicări a calificării medicilor din aceste unități.

Să analizăm cum s-a achitat Spitalul regional Iași de aceste sarcini și ce probleme se ridică în legătură cu ele.

I. *Acordarea unei asistențe curativo-profilactice de staționar și policlinică de înalt nivel calitativ*

Baza clinică a spitalului regional este fostul spital orășenesc nr. 2, cazat într-o clădire modernă, adecvată, care a fost restructurat spre a corespunde cît mai bine sarcinilor unui spital regional. S-au adăugat secțiile de oto-rino-laringologie, s-a lărgit secția de chirurgie, astfel ca, pe lîngă cazurile de urologie în care este specializată, clinica să poată face față și cazurilor de chirurgie generală și chirurgie osteo-articulară. S-a amenajat o secție anatomopatologică, s-a lărgit laboratorul clinic, astfel că spitalul are următoarea structură: interne, chirurgie, oto-rino-

laringologie, oftalmologie, ginecologie-obstetrică, balneologie, anatomie patologică, radiologie, laborator.

Policlinica proprie a spitalului regional, cazată în aceeaşi clădire, la parter, are serviciile corespunzătoare secţiilor din staţionar şi în plus un serviciu de stomatologie.

Cu această structură, spitalul regional face faţă sarcinilor sale în specialităţile cele mai importante.

Spitalul nu are secţii de neurochirurgie, ftiziologie, pediatrie şi dermato-venerice, deoarece capacitatea spitalului nu permite, iar pe de altă parte, există spitale independente de neuropsihiatrie, ftiziologie, pediatrie în oraşul Iaşi, şi o clinică dermato-venerică în cadrul spitalului orăşenesc.

Teoretic, se cere ca aceste spitale să îndeplinească şi funcţia de spital regional, fiecare în specialitatea sa, iar pentru coordonarea întregii activităţi metodologice în regiune, atît a spitalului regional, cît şi a spitalelor de specialitate cu funcţie de spital regional, să funcţioneze, pe lîngă spitalul regional, un consiliu al spitalului regional în care intră, pe lîngă membrii sfatului spitalului regional, şi reprezentanţii spitalelor de specialitate.

In practică, aceasta nu s-a realizat, dat fiind timpul scurt de funcţionare a spitalului regional, pentru care chiar elaborarea formelor de organizare şi a metodelor de lucru cu privire la specialităţile din cuprinsul său constituiau şi constituie încă o sarcină grea. Totuşi, socotim că, începînd din al doilea an de funcţionare, va trebui să se constituie consiliul lărgit al spitalului regional ca organ de coordonare, cu atît mai mult cu cît unele din spitalele de specialitate duc deja o activitate metodologică în regiune, nu însă pe baza unui plan unic al spitalului regional, ci pe baza sarcinilor trasate direct de secţia sanitară regională.

Credem însă că în ce priveşte alte regiuni, în care nu există aceste condiţii favorabile, nu este indispensabil ca spitalul regional să conţină secţii de toate specialităţile.

Dimpotrivă, credem că nu trebuie pus accentul pe o structură multivalentă, ci să se creeze un profil cu acele cîteva specialităţi în care se poate asigura un nivel mai înalt al asistenţei medicale, interne şi chirurgie în primul rînd. Trebuie să ne ferim de a merge mecanic pe o anumită structură tip, ci să adaptăm structura spitalului regional la condiţiile concrete de clădire, mijloace materiale şi cadre.

In cadrul acelor secţii de specialitate pe care le cuprinde, Spitalul regional Iaşi se achită satisfăcător de sarcina acordării unei asistenţe curativo-profilactice de staţionar de un înalt nivel calitativ. Secţiile au fost încadrate cu specialişti din cei mai calificaţi, cu un personal medical şi ajutător suficient. Din nefericire, unele lipsuri în înzestrarea spitalului, ca aparatura şi instrumentarul modern necesar, constituie o frînă serioasă pentru creşterea nivelului tehnico-ştiinţific al activităţii spitalului.

Ministerul Sănătăţii a acordat, teoretic şi mai ales practic, o insuficientă atenţie modului de funcţionare a acestui spital şi nu l-a sprijinit în măsura în care era necesar. Fără o bază materială corespunzătoare, spitalul regional nu poate să facă faţă sarcinilor sale.

Trebuie să observăm însă că nu în mod egal, satisfăcător, decurge asistenţa acordată la spitalul regional în staţionar şi la policlinică.

Există o deosebire calitativ sensibilă între una şi alta, şi aci se ma-

nifestă încă rămăşiţele vechii mentalităţi a medicilor calificaţi de spital, care nu văd încă toată importanţa asistenţei de ambulatoriu.

În policlinică lucrează medici consultanţi care nu au calificarea corespunzătoare. Experienţa de pînă acum a funcţionării cabinetelor din policlinică cu medici consultanţi şi a ajutorului dat la aceste cabinete de medicii primari este suficientă pentru a ne revizui părerile cu privire la încadrarea policlinicii. La cabinetele policlinicii trebuie să lucreze medici primari cu o mare experienţă clinică. Nu este admisibil ca la un astfel de for înalt tehnic, în staţionar cazurile să fie soluţionate în ultima instanţă de un medic primar şef de secţie (profesor, conferenţiar în cazul spitalului regional, clinic, din Iaşi), iar la policlinică cazurile să fie tranşate de un medic consultant în curs de calificare. Nivelul calitativ al asistenţei medicale a bolnavilor diferă substanţial, după cum sînt trataţi în staţionar sau în policlinică.

Credem că pe viitor trebuie adoptată următoarea linie: medicii primari cu înaltă calificare să activeze la cabinetele de policlinică ale spitalului regional, iar elementele mai tinere, în curs de formare, să lucreze în staţionar sub îndrumarea medicilor calificaţi.

O problemă importantă tot în privinţa deservirii în condiţii optime a bolnavilor ambulatori din regiune a constituit-o *orariul consultaţiilor*. Noi ne-am ferit de a aplica mecanic la spitalul regional orariul spitalului orăşenesc. Bolnavii care vin la spitalul regional, la policlinică, sînt din provincie, ei nu pot veni la orice oră programată. Pentru a stabili pe baze cît mai precise orariul corespunzător, s-au studiat timp de trei luni de zile orele de prezentare a bolnavilor. Rezultatul cercetării a arătat că orariul cel mai corespunzător este 8—15.

După ora 14, numărul bolnavilor care se prezintă este foarte mic, şi e firesc să fie aşa: majoritatea bolnavilor doresc să se întoarcă în aceeaşi zi acasă. Consultaţiile la ore tîrzii, după masă sau seara, nu merg deci în cazul acesta.

Cabinetul de interne este cel mai solicitat, aci se cere deci să lucreze doi medici, fiecare în ture de $3^1/_2$ ore, dar e necesară şi o a treia tură de la 15 la 18,30 (pînă acum s-a lucrat de la 8 la 20, dar ultimele ore se dovedesc fără randament). De asemenea, tot la cabinetul de interne e necesar ca la tura întîi, cea mai aglomerată, să lucreze doi medici, deci să funcţioneze două cabinete, alt fel aşteptarea bolnavilor devine prea lungă.

La celelalte cabinete de specialitate din policlinică, experienţa arată că se poate face faţă cu o tură de 3—4 ore.

La spitalul regional Iaşi, programul este în genere 11—15, program care permite ca în secţiile mai mici, cu puţini medici, aceştia să-şi poată îndeplini sarcinile lor în staţionar pînă la ora 11. Credem însă că din punctul de vedere al bolnavului ar fi mai avantajos orariul 8—11 sau chiar 7—10, deoarece bolnavii vin de obicei devreme şi pierd multe ore aşteptînd. Noi nu am experimentat acest grafic, credem însă că nu ar fi inconveniente prea mari ca în secţiile de specialitate, (în afară de bolile interne) să se aplice acest orariu, urmînd ca programul de lucru în staţionar să fie astfel organizat încît medicul care consultă de la 8 la 11 să înceapă activitatea în staţionar la ora 11.

Oraşul Iaşi fiind un centru universitar, şi Spitalul regional Iaşi (bază clinică totodată a Institutului de medicină) capătă anumite particularităţi

care vor fi probabil comune tuturor spitalelor regionale din centrele universitare. În fapt, Spitalul regional Iaşi deserveşte nu numai regiunea Iaşi, dar şi alte regiuni vecine, şi într-o măsură destul de apreciabilă.

În linii mari, asistenţa policlinică acordată bolnavilor din alte regiuni atinge circa 28% din totalul activităţii policlinicii (trim. I 22%, trim. II 28%, trim. III 28%), iar asistenţa de staţionar acordată bolnavilor din alte regiuni atinge proporţii şi mai mari, între 30 şi 32% din totalul internărilor (trim. I 29,1%, trim. II 31,8%, trim. III 30,5%).

S-ar părea la prima vedere că aceasta se datoreşte lipsei unor servicii de specialitate în regiunile vecine. Datele noastre contrazic această explicaţie.

Statistica ieşirilor din spital pe trim. II 1954 arată:

	Interne	Chirurg.	Balneol.	O.R.L.	Oftalm.	Obst-Ginec.	Global pe spital
Bolnavi din alte regiuni	36	38	38,5	39	42	19,3	36
Bolnavi din regiune . .	64	62	61,5	61	58	80,7	64
Total bolnavi ieşiţi . .	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100

Proporţia nu diferă prea mult de la secţia medicală la celelalte secţii, cu excepţia secţiei de obstetrică-ginecologie, unde firesc e mai mică.

Nu intrăm aci în interpretarea mai adîncă a acestui fenomen, reţinem doar că spitalul regional dintr-un centru universitar ca cel, de pildă, din Iaşi *are funcţia unui spital regional şi interregional.*

Acest fapt impune şi el la rîndul lui un nivel cît mai înalt calitativ al activităţii lui, ca for tehnic superior spitalelor regionale din jur. În proporţii mai mici, firesc, el este echivalentul unui spital republican din sistemul sovietic spitalicesc.

Tot cu privire la sarcina acordării unei asistenţe de înaltă calitate trebuie să mai subliniem un aspect. Raionul Iaşi, la fel ca toate raioanele a căror capitală coincide cu capitalele regiunii, nu are spital raional. Acest fapt se resimte în activitatea spitalului regional. Subliniem acest aspect, deoarece el va trebui să fie luat în considerare la toate spitalele regionale. Iată ce ne arată datele statistice (trim. I, II şi III 1954).

	Consultaţii	Internări
Alte regiuni	26,4%	30,4%
Raionul Iaşi	34 %	31,7%
Restul reg. Iaşi	39,6%	37,9%

Deci 31,7% din internări şi 34% din consultaţii sînt pentru raionul Iaşi. Este oare această situaţie numai la secţiile de specialitate care lipsesc la spitalele rurale şi cu atît mai mult la circumscripţiile rurale? Datele statistice arată că procentul bolnavilor e tot atît de mare, dacă nu şi mai mare, la secţia de boli interne decît la secţiile chirurgie, oto-rino-laringologie, oftalmologie.

	Trimestrul	Interne	Chirurgie	ORL.	Oftalmologie
Procentul bolnavilor din raionul Iaşi faţă de totalul bolnavilor consultaţi în fiecare specialitate	I	39,6	34,2	39	34,7
	II	37,5	36,6	35	31
	III	37,3	38,4	30,1	26,4
I, II, III		38%	36,5%	31,2%	29,6%
Procentul bolnavilor din raionul Iaşi ieşiţi din spital, faţă de totalul bolnavilor ieşiţi din spital din fiecare secţie . . .	II	27	32	21,2	14

Deci, proporţia mare de bolnavi din raionul Iaşi nu se datoreşte numai afluxului bolnavilor la anumite secţii de specialitate, ci la toate specialităţile şi chiar mai mult la cele de bază: interne şi chirurgie.

Care este explicaţia? Firește, lipsa unui spital raional, adică lipsa asigurării unei asistenţe curativo-profilactice de specialitate. În lipsa acestuia, spitalul regional asumă şi *funcţia de spital regional* (pentru toate raioanele) şi de *spital raional* pentru raionul cu reşedinţa în capitala regiunii.

Raioanele care au spital raional au trimis bolnavii în proporţie mult mai mică la policlinica spitalului regional (între 2 şi 6% din totalul consultaţiilor) sau la staţionarul spitalului regional (de asemenea între 2 şi 6% din totalul internărilor), pe cînd raionul Iaşi a trimis circa o treime din bolnavii consultaţi sau internaţi.

Nu este oare aici în cauză lipsa de spitale rurale sau insuficienţa lor? Vom analiza comparativ raionul Iaşi cu alte două raioane orăşeneşti avînd spital raional, raioanele Huşi şi Roman.

Toate trei raioanele au spitale rurale, raioanele Huşi şi Roman cîte două, raionul Iaşi trei. Raionul Roman are la spitalul raional (numai la spitalul de adulţi) un număr de 1 800 ieşiri din spital pe trim. II. Menţionăm că raionul Roman are un număr mai mare de paturi la spitalele rurale decît raionul Iaşi. Raionul Huşi a internat în spitalul Huşi 1 200 bolnavi în acelaşi trimestru.

Raionul Iaşi a avut 532 ieşiri din spital la spitalul regional. Acest raion a supleat lipsa spitalului raional, nu numai prin aceste internări făcute la spitalul regional, dar şi prin internările făcute la celelalte spitale de la nivelul regiunii (spitalul orăşenesc de adulţi, de copii, de neuropsihiatrie, de tuberculoză etc.). Nu putem considera ca exagerată cifra internărilor în spitalul regional a bolnavilor din raionul Iaşi, cînd la ra-

ionul Roman, cu mai multe paturi în spitalele rurale, cifra internărilor în spitalul raional este de trei-patru ori mai mare, iar la raionul Huşi de două ori mai mare. Neavînd spital raional, raionul Iaşi internează bolnavii în spitalul regional.

Nu putem să ne explicăm proporţia mare de internări la spitalul regional a bolnavilor din raionul Iaşi prin slaba eficienţă a spitalelor rurale; această eficienţă (în speţă, utilizarea) nu este mai bună la celelalte raioane decît la raionul Iaşi.

Utilizarea paturilor spitalelor de circumscripţie pe semestrul I 1954		
Raionul Iaşi	Raionul Huşi	Raionul Roman
96,5	97,4	99,3

Credem că această situaţie nu trebuie privită ca o anomalie. Atîta vreme cît nu vom avea spital raional la sediul regiunilor pentru raioanele cu sediul în capitala regiunii, situaţia aceasta se va menţine în linii mari.

Ce se poate face pentru a remedia în *actualele condiţii* această stare de lucruri, adică în condiţiile inexistenţei unui spital raional pentru raioanele cu sediul în capitala regiunii? Credem că trebuie pus accentul pe *întărirea spitalelor rurale şi profilarea lor pe cele două mari specialităţi,* în primul rînd interne şi chirurgie. La unul din cele trei spitale de circumscripţie din raionul Iaşi funcţionează deja o secţie de chirurgie. La celelalte două există condiţii de înfiinţare a secţiilor de chirurgie. Spitalului regional îi revine sarcina pregătirii chirurgilor pentru aceste spitale. Prin profilarea chirurgicală a acestor spitale şi încadrarea cu un internist calificat şi un chirurg, există posibilităţi de a reduce proporţia bolnavilor din raion care afluează spre spitalul regional.

In sfîrşit, tot cu privire la acordarea de către spitalul regional a unei asistenţe curativo-profilactice de înaltă calificare se mai ridică problema: cum este reglementat *circuitul bolnavilor din regiune spre spitalul regional.*

Regulamentul sovietic al spitalului regional prevede că bolnavii din raioanele regiunii se primesc la spitalul regional, fie pe baza trimiterii lor de către unităţile curativo-profilactice ale regiunii, fie la chemarea de către spitalul regional. Bolnavii se primesc pe baza buletinului de trimitere emis de unităţile curativo-profilactice din regiune.

La spitalul regional Iaşi s-a analizat încă de la înfiinţarea lui ce linie să se urmeze cu primirea bolnavilor, avînd în vedere greutatea de a refuza un bolnav venit de la distanţă mare. S-a stabilit ca pentru început să nu se refuze bolnavii fără bilet de trimitere, dar să se ducă muncă susţinută de lămurire în acest sens. Trebuie să constatăm că munca de lămurire a cuprins mai mult masa muncitorilor sanitari (medicali îndeosebi) şi prea puţin masa populaţiei.

In fapt, numărul bolnavilor îndrumaţi este mic, atît în poliklinică, cît şi în staţionar.

Dintre bolnavii care s-au prezentat la poliklinică (interne, chirurgie, balneologie, oto-rino-laringologie, oftalmologie, ginecologie-obstetrică)

proporţia celor îndrumaţi a fost mică în trim. I (22%) ; ea a crescut în următoarele două trimestre, fără însă a atinge un nivel satisfăcător (39,6% în trim. II, 32% în trim. III).

Media pe toate trei trimestrele a fost de 32,6% îndrumaţi. La obstetrică-ginecologie, proporţia a fost mai bună în primele trimestre (51%), dar scăzută în trim. III (28%) (concediile de vară ?).

In staţionar, bolnavii internaţi au fost îndrumaţi în decursul primelor trei trimestre ale anului în proporţie de 43%.

Trim. I	Trim. II	Trim. III
30%	48%	48%

Proporţia bolnavilor îndrumaţi s-a îmbunătăţit simţitor în ultimele două trimestre (30—48%), totuşi ea este încă nesatisfăcătoare.

Considerăm că este indicat ca spitalul regional să nu se mai limiteze la lămurirea muncitorilor sanitari, ci să întreprindă o acţiune vie de educaţie sanitară în sînul populaţiei, folosind toate mijloacele existente (radiofonie, presa locală, căminele culturale, afişe etc.), atrăgînd atenţia populaţiei asupra neajunsurilor la care se expune venind fără o îndrumare din partea medicului circumscripţiei sau spitalului şi asupra necesităţii, în interesul sănătăţii lor, ca bolnavii să se adreseze medicului circumscripţiei lor, ca acesta să-i îndrumeze la nevoie la spitalul regional şi să fie informat de spitalul regional asupra diagnosticului şi indicaţiilor terapeutice. In etapa următoare, spitalul regional trebuie să-şi dirijeze efortul în acest sens.

In sfîrşit, un ultim aspect în legătură cu sarcina acordării unei asistenţe curativo-profilactice la un înalt nivel de calificare îl prezintă problema bolnavilor trataţi ambulatoriu la policlinica spitalului regional şi care au nevoie de un tratament mai îndelungat.

Conform regulamentului sovietic al spitalului regional, în structura acestuia intră în mod obligatoriu staţionarul, policlinica şi *căminul pentru bolnavii trataţi ambulatoriu.*

La înfiinţarea spitalului regional nu a existat posibilitatea practică de organizare a unui asemenea cămin. Experienţa arată însă că lipsa căminului constituie un impediment foarte important. Rostul căminului este de a permite bolnavilor din raioanele regiunii să se trateze ambulatoriu în cazurile care necesită un tratament de mai multe zile. In lipsa căminului se pune următoarea alternativă : sau se renunţă la unele tratamente care s-ar putea executa la nivelul spitalului regional, dar lipsesc posibilităţile de găzduire a bolnavilor pe timpul necesar tratamentului, sau se internează bolnavul în staţionar chiar dacă tratamentul ar fi putut fi efectuat fără spitalizare, dacă exista un astfel de cămin. Solicitarea din ce în ce mai intensă a asistenţei de staţionar la spitalul regional şi capacitatea sa limitată fac ca lipsa căminului să fie resimţită şi mai acut. Se impune construirea unui asemenea cămin, care de altfel nu comportă prea mari investiţii, avînd în vedere că, aşa cum îl arată şi numele, nu necesită amenajări şi instalaţii speciale costisitoare. Credem că o clădire cu o capacitate de circa 30 de paturi ar fi corespunzătoare cerinţelor actuale. Aci bolnavii ar primi cazarea şi masa contra costului obişnuit al unei zile de spitalizare în staţionar. Bolnavul ar sta în cămin atîta timp cît este necesar pentru tratament, şi astfel s-ar evita o încărcare inutilă a paturilor spitaliceşti.

II. *Acordarea unui ajutor tehnico-metodologic, organizatoric și științific unităților curativo-profilactice din cuprinsul regiunii*

Această sarcină poate fi realizată prin mai multe mijloace :

1. Studierea morbidității populației din regiune și a activității instituțiilor curativo-profilactice pe baza rapoartelor statistice periodice ale spitalelor raionale și a secțiilor sanitare raionale, a organizării, funcționării și activității instituțiilor curativo-profilactice.

2. Deplasarea specialiștilor spitalului regional la secțiile corespunzătoare specialității lor de la spitalele raionale pentru a acorda pe loc un ajutor concret în problemele de diagnostic, tratament, profilaxie și în problemele organizatorice.

3. Informarea cadrelor medicale din regiune asupra cazurilor care au fost internate la spitalul regional și îndrumarea lor asupra viitoarei conduite terapeutice.

4. Organizarea și ținerea unor conferințe științifico-practice, fie la nivelul raionului cu prilejul deplasării la raion a specialiștilor spitalului regional, fie la nivelul regiunii.

5. Acordarea unei asistențe medicale specializate de urgență.

6. Sprijinirea secției sanitare regionale la prelucrarea diferitelor probleme de organizare a asistenței curativo-profilactice în regiune.

Cum s-a achitat spitalul regional de aceste sarcini și ce probleme ridică îndeplinirea lor ?

1. In ce privește primul punct, unii din specialiștii spitalului regional au abordat studiul rapoartelor statistice ale rețelei specialității lor pentru a se orienta asupra nivelului cantitativ și calitativ al activității desfășurate în spitalele raionale și au analizat această activitate prin prisma indicilor de eficiență. Însăși experiența specialiștilor principali, în mînuirea și interpretarea datelor statistice, este încă insuficientă și nici nu au fost îndeajuns ajutați în această direcție, astfel încît acest aspect al activității spitalului regional are nevoie de a fi încă adîncit. Dacă totuși în acest sens există un început de activitate, trebuie să constatăm că, în ce privește studiul morbidității populației, rezultatele sînt încă și mai slabe, cu excepția secției de obstetrică-ginecologie, care are de studiat un domeniu al morbidității mult mai restrîns și deci mai ușor de cuprins. Nici una din secții nu a reușit să analizeze morbiditatea, s-o interpreteze și să concludă la măsurile necesare în vederea reducerii ei. Această deficiență nu ne surprinde, dată fiind lipsa unui material concret de orientare în acest domeniu. Cadrele calificate nu au experiența analizei morbidității populației și nici nu au primit un ajutor concret metodologic în această direcție. In literatura noastră medicală, problema n-a fost încă abordată decît sub o formă generală, în revistele medicale nu a apărut nici o lucrare de acest fel, astfel că nu e de mirare dacă studiul morbidității rămîne ca o sarcină pur declarativă. Socotim că ar fi de datoria Direcției asistenței curativo-profilactice din Ministerul Sănătății, a Direcției statisticii sanitare, a Centrului de organizare sanitară, de a elabora un material metodologic în această problemă, care ar fi util nu numai spitalelor regionale, dar și spitalelor raionale și secțiilor sanitare regionale și raionale.

2. Activitatea spitalului regional s-a orientat mai mult *spre vizitele*

specialiștilor spitalului regional la spitalele raionale. În această privință există o bogată activitate, desfășurată de toate secțiile spitalului regional.

Fiecare specialist principal regional (și în afară de acesta și medicii primari din secție) a vizitat în mai multe rînduri toate secțiile de specialitatea sa de la spitalele raionale. Fiecare specialist principal cunoaște astăzi toate cadrele care lucrează în secțiile de specialitatea corespunzătoare din spitalele raionale și condițiile în care funcționează secțiile respective. Însăși această luare de contact și cunoaștere a tuturor secțiilor și cadrelor de specialitatea sa de către fiecare specialist regional constituie deja un punct pozitiv în activitatea spitalului regional. Șefii de secție fac 2—3 deplasări pe lună la spitalele raionale, cuprinzînd unele raioane în cursul unei luni. Celelalte raioane sînt vizitate de medicii primari, astfel încît, în principiu, în fiecare lună fiecare secție de specialitate de la spitalul raional este vizitată de un specialist de la spitalul regional. La început, vizitele se limitau la o zi, dar experiența a arătat că nu se poate duce o muncă calitativă de îndrumare într-o singură zi. Astăzi, deplasările se fac cîte două zile la un raion. În felul acesta se pot îmbina mai bine activitatea de îndrumare metodică, tehnică, organizatorică, cu activitatea de îndrumare științifică. Se pot organiza conferințe științifice, participarea la ședințele Societății științelor medicale.

La început, specialiștii principali s-au deplasat, nu în ordinea vreunor cerințe speciale ale spitalelor raionale, ci la toate spitalele raionale, unul după altul, spre a lua contact cu specialiștii raionali, a-i cunoaște mai îndeaproape, a cunoaște organizarea și activitatea secțiilor de specialitatea lor. După cîteva luni, cunoscînd în linii mari rețeaua și cadrele, ei au putut trece la un plan lunar de deplasări mai adecvat necesităților terenului.

Vizitele la spitalul raional constau în esență în vizita în secția corespunzătoare din staționar, la policlinică și, acolo unde este cazul, și la punctele de sănătate din întreprinderi. În cursul vizitei în staționar se folosesc discuțiile la patul bolnavului și discuțiile de încheiere cu întreg colectivul medicilor. Cadrele medicale de la spitalele raionale au primit și primesc aceste vizite cu multă bucurie, deoarece au văzut rezultatele pozitive de pe urma lor. Prelungirea programului deplasărilor de la o zi la două zile s-a făcut la insistențele medicilor spitalelor raionale.

Pentru exemplificare dăm aci deplasările din cursul unei luni (noiembrie 1954):

Prof. O. Francke, șeful secț. chirurgie; Spitalul raional Roman
Huși
Niculescu, medic primar chirurg; Spitalul raional . . Vaslui
Tg. Frumos
Lector N. Goldenberg, șeful secției medicale; Spitalul raional . . . . . Roman
Casetti, medic primar interne: Spitalul raional . . . Pașcani
Hîrlău
Negrești
Lupașcu, șeful secț. obst.-ginec. Spitalul raional . . . Tg. Frumos
Huși
Vaslui

Buiuc, şeful secţ. oftalmologie; Spitalul raional . . . . Huşi
Roman
Flis; Spitalul raional . . . . . Vaslui
Roman
S. Caufman medic primar interne; Spitalul raional . . Tg. Frumos
Vaslui

La începutul fiecărei luni se întocmeşte un plan operativ de deplasări ale specialiştilor spitalului regional la spitalele raionale.

Linia de conduită, stabilită încă de la începutul funcţionării spitalului regional, a fost ca vizitele la spitalele raionale să se facă *numai de către cadrele cele mai calificate.* Dacă şeful secţiei nu cuprinde un raion în cursul unei luni, acel raion este vizitat de un medic primar. In luna următoare, şeful secţiei îşi programează vizita în raioanele în care nu s-a putut deplasa în luna precedentă.

In cursul deplasărilor lor, specialiştii spitalului regional s-au preocupat şi de *problemele organizatorice,* iar deficienţele constatate le-au discutat la nivelul raionului şi le-au adus şi la cunoştinţa secţiei sanitare regionale. Astfel, deficienţele mai importante din secţiile chirurgicale de la spitalele raionale Hîrlău, Negreşti, Tg. Frumos, Godăeşti au fost aduse la cunoştinţa secţiei sanitare regionale o dată cu propunerile de remediere.

Nivelul asistenţei curativo-profilactice din secţiile de specialitate raionale a putut fi apreciat de specialişti competenţi, cu autoritate ştiinţifică ; controlul metodelor folosite şi al calităţii muncii, ca şi neconcordanţe date pe loc sau sugestiile date secţiei sanitare regionale au un înalt nivel calitativ. In marea lor majoritate, cadrele medicale raionale au primit sugestiile şi recomandările specialiştilor regionali. Specialiştii regionali au avut de rezolvat şi unele probleme tehnice deosebite, măi delicate. Astfel, chirurgul principal regional s-a sezisat de tratamentul chirurgical al epilepsiei pe care-l realizează unul din chirurgii raionali, fără însă ca această metodă terapeutică să aibă un suport ştiinţific suficient. El a dat sugestia ca acest tratament să se sisteze pînă ce chirurgul respectiv va face o comunicare la spitalul regional şi la Societatea ştiinţelor medicale asupra metodei folosite şi rezultatelor obţinute. Problema a fost amplu discutată cu chirurgul respectiv şi a fost adusă şi la cunoştinţa secţiei sanitare regionale.

S-au folosit deplasările specialiştilor pentru organizarea unor consfătuiri sau *conferinţe ştiinţifice la filialele raionale ale Societăţii ştiinţelor medicale.* In unele cazuri s-au folosit *intervenţiile chirurgicale demonstrative,* ca de pildă operaţia unei hernii diafragmatice efectuată de chirurgul principal regional la spitalul Roman, operaţia unei oto-mastoidite cu abces cerebelos efectuată de oto-rino-laringologul regional la spitalul Roman şi aşa mai departe.

3. Spitalul regional Iaşi a experimentat o metodă deosebită pentru a ajuta cadrele medicale din regiune : *scrisorile către medicii de circumscripţie* cu privire la cazurile internate în spitalul regional.

Pentru fiecare bolnav din raioanele regiunii internat în spitalul regional se redactează în secţia în care este internat, la ieşirea din spital, o scrisoare către medicul circumscripţiei în raza căreia domiciliază, prin care se face cunoscut că bolnavul a fost internat în spital de la . . . . .

pînă la . . . . . cu diagnosticul . . . . . Se indică diagnosticul stabilit la spital, tratamentul urmat, tratamentul şi regimul postspitalicesc recomandat. Prin aceste scrisori, medicii de circumscripţie iau cunoştinţă de internările în spitalul regional. Spre deosebire de trecut, cînd medicul circumscripţiei afla de la bolnav sau vecinii lui despre internarea bolnavului şi tratamentul acestuia, acum medicul de circumscripţie este informat direct, precis, la timp şi, pe lîngă un diagnostic cert, el are şi un ajutor în ce priveşte conduita sa terapeutică viitoare. Aceste sarcini sînt primite cu o deosebită satisfacţie de medicii de circumscripţie, care le consideră ca un real ajutor din partea spitalului regional. Asemenea scrisori se trimit cu privire la toţi bolnavii, din toate secţiile, inclusiv secţia de imaturi, unde legătura dintre spitalul regional şi circumscripţie este deosebit de fructuoasă. In momentul de faţă este în curs introducerea unei modificări a metodei: în cazul bolnavilor care au fost trimişi de spitalul raional se va trimite o copie a scrisorii şi spitalului raional. Ca tehnică, scrisoarea se elaborează în secţie şi, la ieşirea bolnavilor, se trimite, împreună cu foaia de observaţie, la administraţie. Aci, scrisoarea este expediată cu uşurinţă la destinaţie, deoarece există un tabel care indică pentru fiecare localitate din regiune circumscripţia de care aparţine.

Lipsa de hîrtie suficientă a împiedicat introducerea metodei şi pentru bolnavii consultaţi ambulatoriu la policlinica spitalului regional.

4. Despre participarea specialiştilor regionali la şedinţele filialelor Societăţii ştiinţelor medicale din raioane cu conferinţe sau la discuţii, stimularea activităţii acestor filiale, am pomenit mai sus. Activitatea specialiştilor principali se resimte în munca filialelor Societăţii ştiinţelor medicale. Unii specialişti principali regionali au reuşit să antreneze cadrele locale la unele cercetări ştiinţifice. Astfel de pildă, cadrele medicale de la secţia de boli interne de la Spitalul Roman au fost antrenate la cîteva lucrări ştiinţifice în colaborare cu clinica medicală a spitalului regional (dispensarizarea bolnavilor ulceroşi şi hipertensivi, problema nevrozelor, predominenţa fenomenelor digestive etc.).

5. In ce priveşte *acordarea unei asistenţe medicale specializate de urgenţă,* trebuie să constatăm că această activitate se poate desfăşura în mod satisfăcător cu condiţia realizării unor forme organizatorice corespunzătoare. In proiectul iniţial al Secţiei sanitare regionale şi în Decizia dată de Ministerul Sănătăţii la înfiinţarea spitalului regional se preciza că serviciu de salvare regional şi staţia de aviaţie sanitară regională fac parte din structura spitalului regional. Această dispoziţie nu a fost ulterior realizată în practică, serviciul de salvare regional şi staţia de aviasan regională neavînd nici o legătură, nici funcţională, nici organică, cu spitalul regional. Această deficienţă mai persistă şi astăzi în detrimentul bunei desfăşurări a activităţii spitalului regional şi a asistenţei medicale de urgenţă. Regulamentul sovietic al spitalului regional precizează că sediul aviasanului trebuie să fie pe *teritoriul* spitalului regional şi că planul de muncă al staţiei aviasan trebuie să fie întocmit în concordanţă cu planul spitalului regional.

Spitalul regional acordă o asistenţă de urgenţă specializată populaţiei din raioane, el a răspuns în numeroase cazuri la solicitările ce i s-au făcut. Astfel de exemplu, obstetricianul principal, la numeroase solicitări în cazurile grele de obstetrică de la raioanele Huşi, Vaslui, Paşcani, s-a

deplasat, fie cu avionul, fie cu salvarea, şi a ajutat la rezolvarea favorabilă a tuturor cazurilor; totuşi, prin o mai strînsă legătură cu serviciul regional de salvare şi cu staţia aviasan se putea da acestui fel de ajutor o amploare mult mai mare, o formă mai organizată şi o operativitate mai mare.

Spitalul regional, preocupîndu-se de buna funcţionare a secţiilor spitalelor raionale, le-a dat în unele cazuri şi un *ajutor material.* Astfel, el a înzestrat cu aparatură secţia de chirurgie pusă în funcţiune la spitalul de circumscripţie Sculeni, a dat ajutor la organizarea unui laborator la spitalul raional Codăeşti (a detaşat acolo în acest scop pe 2 zile pe medicul secţiei laborator din spitalul regional) şi a contribuit la înzestrarea lui.

O altă metodă folosită de spitalul regional a fost organizarea unor *consfătuiri ale colectivului secţiei spitalului regional cu toţi şefii secţiilor de specialitate* corespunzătoare de la raioane. Astfel de consfătuiri au avut loc în acest an cu interniştii raionali (două consfătuiri) şi cu obstetricienii. La aceasta din urmă a fost invitat şi şeful catedrei de obstetrică de la I. M., prof. Dobrovici, care a condus consfătuirea.

6. În ce priveşte introducerea pe scară largă în practică a experienţei şi metodelor de lucru ale unităţilor fruntaşe, *generalizarea şi sprijinirea metodelor noi de muncă,* spitalul regional are şi el unele realizări şi unele lipsuri.

Realizări. S-a preocupat de justa aplicare a metodei dispensarizării. La o întreprindere din raionul Roman, specialistul internist regional a dat un sprijin preţios în această privinţă.

Lipsuri. Spitalul regional nu s-a preocupat şi nu a sprijinit raioanele în care se aplică complexul Ciudnovsk. Dispensarizarea în mediul rural ar trebui să fie urmărită şi sprijinită de specialiştii spitalului regional, atît la nivelul circumscripţiilor în care se aplică, cît şi la nivelul raioanelor (comisiile raionale medicale). Nici în mediul urban, în întreprinderi, spitalul regional, şi secţia de boli interne în primul rînd, nu a acordat o suficientă atenţie aplicării metodei dispensarizării. Credem că ar fi indicat ca spitalul regional şi în primul rînd internistul principal să ia conducerea organizatorico-metodologică a dispensarizării în mediul urban şi în oraşele din raioanele regiunii.

III. *Munca de pregătire de cadre de specialişti pentru spitalele raionale şi rurale şi de ridicare a calificării cadrelor medicale din regiune*

Această activitate ridică cîteva probleme importante. În primul rînd trebuie să luăm în considerare faptul că spitalele regionale ca centre metodologice nu sînt încă puse în funcţiune. Acela din Iaşi se găsea de la început în situaţia că teoretic avea a asigura pregătirea specialiştilor pentru spitalele raionale şi rurale, dar practic această specializare o avea şi o are încă Institutul pentru specializarea şi perfecţionarea medicilor cu filialele sale. Acest institut a programat şi medici din regiunea Iaşi pentru diferitele cursuri de specializare, chiar pentru specialităţile reprezentate prin secţii de specialitate la spitalul regional. Ministerul Sănătăţii nu a rectificat aceste programări, încît în fapt spitalul regio-

nal nu a fost pus în situaţia de a-şi îndeplini sarcina sa pe care dorea şi putea s-o îndeplinească. Cum secţia sanitară a regiunii avea sarcina de a trimite un anumit număr de medici la cursurile de specializare ale I.S.P.M. conform programărilor Ministerului Sănătăţii, nu putea, firește, fi vorba de o serie dublă de cursanţi şi la spitalul regional. Deşi de cînd funcţionează spitalul regional Iaşi, Direcţia învăţămîntului din Ministerul Sănătăţii a studiat problema pregătirii medicilor la bazele regionale, totuşi nu a folosit prilejul cel mai nimerit de a experimenta această pregătire la o bază regională organizată ca spital regional.

Cu toate acestea, spitalul regional nu s-a dezinteresat de specializarea şi calificarea medicilor, şi a dus o intensă activitate în această direcţie. Au fost chemaţi să facă un stagiu de o lună de zile la spitalul regional cadrele medicale activînd în secţiile de specialitate ale spitalelor raionale, după un plan întocmit în ansamblu. Au făcut un asemenea stagiu în cursul acestui prim an de funcţionare a spitalului regional: trei medici chirurgi (doi de la Spitalul raional Roman, unul de la Spitalul raional Huşi), opt medici internişti (unul de la Spitalul raional Codăeşti, unul de la Spitalul raional Hîrlău, unul de la Spitalul raional Negreşti, unul de la Spitalul raional Paşcani, doi de la Spitalul raional Roman, unul de la Spitalul raional Vaslui, unul de la Spitalul raional Huşi). Menţionăm că din cei opt medici internişti, patru sînt şefi de secţie de boli interne la spitalul raional, respectiv Negreşti, Codăeşti, Paşcani, Hîrlău. Au mai fost chemaţi patru medici la stagiu de o lună la secţia obstetrică-ginecologie (unul de la spitalul raional Paşcani, unul de la Spitalul raional Vaslui şi doi de la Spitalul raional Huşi), doi medici la secţia oftalmologie (unul de la Spitalul raional Paşcani şi altul de la spitalul raional Roman) şi un medic de laborator (raionul Huşi).

La trei raioane la care secţia de boli interne nu are încadrat decît un medic, spitalul regional a detaşat pe timpul stagiului un medic din secţia de boli interne a spitalului regional ca să ţină locul medicului chemat la stagiu (Codăeşti, Hîrlău şi Negreşti).

Activitatea cea mai bogată în această direcţie fiind la secţia de boli interne, vom schiţa aci felul în care internistul principal regional (lector Nardusia Goldenberg) a organizat programul acestor stagii:

Orele 8—11 vizita şi tratamentul bolnavilor.

11—14 activitatea în laborator. Lectură.

După amiază: biblioteca (s-a obţinut ca cursanţii să aibă acces la biblioteca Institutului de medicină).

In cursul lunii sînt:

18 ore de curs, conform unui program.

O expunere săptămînală la radiologie.

Cursanţii asistă obligatoriu la şedinţele de referate bilunare din clinică, la şedinţele lunare pe spital, la necropsii.

Iată de pildă programul de conferinţe realizat cu seria de 4 medici din luna noiembrie 1954.

Clasificarea şi tratamentul reumatismului.

Etio-patogenia, clasificarea şi tratamentul bolii ulceroase.

Electrocardiograma normală şi patologică.

Tratamentul insuficienţei cardiace.

Enterocolitele acute şi tratamentul colitelor cronice.

Glomerulonefrita difuză acută.

Pneumoconiozele.
Radiologia aparatului respirator.
Stabilirea tipului de activitate nervoasă superioară.

Fiecare cursant avea de pregătit un referat pe o problemă care îl interesa în mod deosebit.

Medicii care au urmat aceste stagii s-au declarat foarte mulţumiţi de felul în care au fost ajutaţi. Ei au învăţat mult şi prin frecventarea bibliotecii, şi prin conferinţe şi prin activitatea zilnică în clinică sub îndrumarea specialistului regional. Astfel, medicii seriei de internişti din noiembrie 1954 spuneau că au învăţat să aplice metoda perfuziilor cu novocaină şi metionină în boala ulceroasă, metoda blocajului Vîşnevski (pe care înainte trimiteau să-l facă chirurgul), somnoterapia şi multe altele.

Fiecărui medic i s-a repartizat un număr de paturi de care avea să se ocupe. Medicul trebuia să întocmească o foaie de observaţie corectă, să prezinte bolnavul la vizită, să-i facă examenul clinic şi toate examenele necesare de laborator. Internistul principal regional a pus un accent deosebit pe obişnuirea medicului cu o anumită disciplină clinică.

Numărul medicilor chemaţi la stagiu ar putea fi mai mare şi pe o durată mai mare; dificultatea constă în lipsa posibilităţilor de cazare a medicilor. Pînă în prezent s-a recurs la tot felul de improvizaţii, mai mult sau mai puţin reuşite. Spitalul regional îşi întocmeşte planurile în această direcţie cu multă timiditate, cunoscînd dinainte greutatea cazării în condiţii civilizate a celor programaţi la stagiu. Şi din acest punct de vedere se impune înfiinţarea căminului pentru bolnavii ambulatori din raioane şi pentru medicii chemaţi la stagii. Într-o singură clădire s-ar putea realiza amîndouă. Neexistînd o clădire adecvată, se impune construirea unei clădiri cu capacitatea menţionată mai sus de paturi pentru bolnavi şi cu un număr de circa 10 camere pentru personalul medical sau mediu chemat pentru calificare. Secţia sanitară regională ar trebui să prevadă în planul de investiţii pe anul următor suma necesară unei asemenea construcţii.

Am menţionat mai sus despre stagiile unor cadre medii. Efectiv, în sarcina spitalului regional ar intra şi pregătirea anumitor categorii de cadre medii necesare spitalelor raionale: laboranţi, surori pentru cabinetele de röntgen, surori pentru sălile de operaţie, surori pentru cabinetele de fizioterapie, surori dieteticiene. În raioanele regiunii se simte lipsa unor asemenea cadre şi la spitalul regional există posibilităţile cele mai mari pentru calificarea în aceste direcţii a personalului. Şi aci, ca şi în problema calificării medicilor, se pune problema creării unei baze materiale care să asigure desfăşurarea muncii spitalului regional.

Pînă în prezent, spitalul regional a abordat un singur aspect privitor la cadrele medii: s-a început atestarea surorilor în raioanele Huşi, Vaslui şi Tg. Frumos în colaborare cu obstetricianul secţiei sanitare regionale şi cu secţia sanitară raională.

Încercînd să discutăm un bilanţ al spitalului regional pe primul său an de funcţionare, fără intenţia de a epuiza toate aspectele muncii, considerăm:

I. Din punctul de vedere al *organizării:* organizarea bună a staţionarului şi a policlinicii, policlinica cazată în aceeaşi clădire şi cu cabi-

metele corespunzătoare. Staţionarul cuprinde secţiile de bază. E necesară încă o lărgire a serviciilor policlinicii.

Lipsuri:

a) Nu s-a instituit încă organul de coordonare al activităţii metodologice a spitalului regional cu celelalte spitale care îndeplinesc sarcini metodologice în regiune pe linia specialităţii lor.

b) Nu există cămin pentru bolnavii ambulatori veniţi din raioane şi pentru muncitorii sanitari chemaţi la calificare.

c) Nu s-a realizat legătura necesară cu serviciul regional de salvare şi cu staţia regională de aviasan.

d) Inzestrarea cu aparatură şi instrumentar fiind insuficientă, constituie o frînă în introducerea în practică a metodelor celor mai avansate de diagnostic şi terapie.

Din punctul de vedere al *încadrării:* spitalul regional are o schemă corespunzătoare de personal. Specialiştii principali şi medicii primari au o înaltă calificare.

Lipsuri. Medicii care activează în policlinică nu sînt recrutaţi dintre cei cu cea mai bună calificare.

II. Din punctul de vedere al activităţii *organizatorico-metodologice* şi ştiinţifice: s-au obţinut rezultate pozitive în aplicarea unor metode de lucru, ca: deplasările specialiştilor regionali la spitalele raionale, antrenarea cadrelor medicale raionale în lucrări ştiinţifice sub îndrumarea specialiştilor regionali, ţinerea de conferinţe ştiinţifico-practice la nivelul raioanelor, stimularea filialelor Societăţii ştiinţelor medicale, ajutor concret consultativ acordat cadrelor medicale de la raioane, controlul activităţii lor şi analiza lipsurilor activităţii lor în şedinţe de colectiv la terminarea vizitei. S-au introdus sistematic scrisori de îndrumare privitoare la bolnavii din raioane internaţi în spitalul regional. S-au adus la cunoştinţa secţiei sanitare regionale situaţiile mai grele tehnice sau organizatorice care cer intervenţia secţiei sanitare regionale. S-au organizat consfătuiri cu şefii secţiilor raionale de specialitate în care s-au dezbătut probleme importante ştiinţifico-practice.

Lipsuri: a) bolnavii din raioane vin încă în proporţie mare neîndrumaţi; munca de lămurire a populaţiei a fost insuficientă; b) nu s-a abordat sistematic studiul morbidităţii populaţiei şi dinamica ei; c) nu se studiază îndeajuns rapoartele statistice ale unităţilor curativo-profilactice din raioane şi deci în analiza activităţii unităţilor nu se coordonează datele; d) multe constatări şi recomandări juste ale specialiştilor spitalului regional nu sînt luate în considerare şi aduse la îndeplinire de secţia sanitară regională, care nu sprijină îndeajuns nici spitalul regional, nici măsurile indicate de acesta în interesul îmbunătăţirii asistenţei curativo-profilactice din regiune; e) nu se trimit medicilor de circumscripţie scrisori de îndrumare în ce priveşte bolnavii consultaţi la policlinică (fără a fi internaţi); f) nu se foloseşte decît într-o măsură mică efectuarea operaţiilor chirurgicale la nivelul spitalului raional de către specialiştii spitalului regional, ca primă sau a doua mînă.

III. Din punctul de vedere al activităţii de *calificare a cadrelor medicale* din raioane:

Spitalul regional a desfăşurat o activitate pozitivă de calificare

a unor cadre de la spitalele raionale. În cursul unui an (practic 9 luni) au fost la un stagiu de o lună 18 medici.

Lipsuri. Nu este clarificată problema cine asigură specializarea cadrelor medicale necesare raioanelor. Această specializare fiind încă astăzi asumată de Institutul de perfecționare și specializare a medicilor, spitalul regional a dus o activitate în completarea acesteia. Există largi posibilități de specializare a cadrelor de specialiști necesari spitalelor raionale din regiune și din alte regiuni vecine, dar aceste posibilități nu sînt valorificate.

Nu este organizată găzduirea în condiții civilizate a medicilor chemați la stagii. Lipsa unui cămin pentru aceștia influențează negativ planul spitalului regional în această direcție. Stagiile clinice sînt prea scurte și programul este insuficient diferențiat în funcție de gradul de pregătire a medicilor.

Nu se duce o activitate de calificare în anumite domenii speciale ale cadrelor medii sanitare: surori de radiologie, surori la sala de operație, surori dieteticiene etc. Nu există posibilitatea găzduirii pe timpul stagiului necesar, dar în rest există o bună bază materială necesară pregătirii lor.

Cu toate lipsurile și greutățile semnalate, spitalul regional și-a dovedit cu prisosință utilitatea. Activitatea sa se resimte pe teren. Se resimte la nivelul raioanelor prezența activă a unui for tehnic, competent, capabil să le ajute și să le îndrume. Deplasările specialiștilor spitalului regional și diversele modalități de contact și schimb de experiență între aceștia și cadrele de la raioane constituie un puternic stimulent pentru acestea din urmă. Există, în sfîrșit, un control tehnic competent, adînc, sistematic, al activității medicale și o îndrumare de înalt nivel științific. În scurtul timp de cînd funcționează spitalul regional s-au realizat progrese în aplicarea unor noi metode de asistență curativo-profilactică, în îmbunătățirea foii de observație a bolnavilor, într-o măsură mai mare decît s-au realizat înainte, în decurs de mulți ani. Apreciind rezultatele obținute, nu trebuie să uităm că ele se referă la începutul organizării spitalului regional, cînd fiecare metodă de lucru nu s-a putut contura practic decît după multe tatonări. Perspectivele de viitor sînt foarte mari, trebuie însă înlăturat tot ce poate îngrădi realizarea acestor perspective, ne referim la deficiențele semnalate.

Soluțiile pentru îndreptarea deficiențelor și lipsurilor în activitatea spitalului regional reies clar din însăși enunțarea de mai sus a lipsurilor.

Pentru ca ele să fie remediate, este însă necesar concursul a trei factori:

— cadrele spitalului regional;
— secția sanitară regională;
— Ministerul Sănătății.

Cu privire la cadrele spitalului regional trebuie să constatăm că, după ce în prima perioadă erau primite cu oarecare rezerve și răceală la spitalele raionale, astăzi, în urma activității depuse de ele cu multă sîrguință, pricepere și tact, cadrele de specialiști din raioane așteaptă venirea lor cu nerăbdare și plăcere. Cadrele medicale din raioane așteaptă mult de la specialiștii regionali. Aceasta dovedește că specialiștii regionali au lucrat bine, dar este și o obligație de a-și îmbunătăți mereu și

mereu metodele de lucru spre a răspunde cît mai bine aşteptărilor medicilor din raioane şi organelor de conducere a ocrotirii sănătăţii.

Cu privire la secţia sanitară regională (ne referim nu numai la secţia sanitară regională Iaşi, ci la toate secţiile sanitare regionale care vor organiza spitale regionale), trebuie să subliniem necesitatea de a privi spitalul regional ca un organ tehnic al ei, care, prin activitatea lui, ajută concret secţia sanitară; prin spitalul regional se ridică mult puterea de cuprindere a secţiei sanitare, tehnicitatea ei; şeful secţiei sanitare se poate sprijini pe o echipă de specialişti de o înaltă calificare. Prin tot ceea ce face, spitalul regional sprijină şi ajută secţia sanitară. Se cuvine ca secţia sanitară regională să acorde o atenţie deosebită spitalului regional, să-i urmărească şi să-i îndrume activitatea şi să-l ajute să examineze cu atenţie dările sale de seamă şi propunerile sale, să sprijine aplicarea în practică a recomandărilor juste ale acestuia, să-l ajute a-şi îmbunătăţi baza materială în munca clinică şi didactică. Colectivul de specialişti ai spitalului regional trebuie să simtă în munca lor de zi cu zi interesul şi ajutorul secţiei sanitare regionale.

Cu privire la Ministerul Sănătăţii, în afară de aspectele deja analizate, ridicăm aci chestiunea structurii secţiilor sanitare regionale. Actuala structură a secţiei sanitare regionale este corespunzătoare situaţiei în care lipsesc spitalele regionale. Apariţia spitalelor regionale şi instituirea specialiştilor principali regionali trebuie să ducă la o reducere a schemei secţiei sanitare, adică la suprimarea posturilor de specialişti în specialităţile pentru care există secţii la spitalul regional şi deci specialiştii principali regionali. Nu ar avea raţiune ca într-o problemă, de pildă, în obstetrică să existe obstetrician regional la secţia sanitară regională şi obstetrician principal regional (şeful secţiei obstetrică din spitalul regional) ş.a.m.d.

Unele cadre de specialişti din secţiile sanitare regionale ar putea fi încadrate în secţiile respective ale spitalului regional.

In sfîrşit, Ministerul Sănătăţii trebuie să dea un sprijin activ spitalelor regionale, din punct de vedere metodologic şi material.

Cu concursul forurilor menţionate, spitalul regional poate deveni o puternică pîrghie pentru ridicarea nivelului asistenţei curativo-profilactice a populaţiei regiunii Iaşi şi a regiunilor învecinate.

★

О ЗАДАЧАХ, ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМАХ И МЕТОДАХ РАБОТЫ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

В настоящей работе подвергнуты анализу некоторые стороны деятельности в связи с задачами, организационными формами и методами работы в течение одного года областной больницы в Яссах, — в качестве организационно-методологического и лечебно-профилактического центра этой области.

Излагаются методы, при помощи которых эта больница справилась с нижеследующими, поставленными перед ней задачами:

1. Оказание лечебно-профилактической стационарной и поликлинической помощи высокой квалификации.

2. Оказание технико-методологической, организационной и научной помощи лечебно-профилактическим учреждениям, расположенным на территории ясской области.

3. Работа по подготовке кадров специалистов для районных и сельских больниц и по повышению квалификации медицинских работников этой области.

Несмотря на все существующие трудности и недостатки, ясская областная больница с успехом справилась с этими задачами, Эта работа уже чувствуется на местах. На уровне районов чувствуется активное наличие компетентного технического органа, который в состоянтк руководить и оказать помощь. Выезды на места специалистов областной больницы, различные способы создания контакта и обмен опытом между специалистами и кадрами нз районов,—являются могучим стимулом для этих кадров. Наконец, осуществляется компетентный, глубокий и систематический технический контроль медицинской работы и научное руководство на высоком уровне. За короткое время работы областной больницы, были осуществлены значительно большие достижения в использовании новых методов оказания лечебно-профилактической помощи и в улучшении составления историй болезни, чем за весь предшествующий многолетний период.

★

Considérations concernant la mission, les formes d'organisation et les méthodes de travail de l'hôpital régional

L'auteur analyse dans ce travail certains aspects, concernant la mission, les formes d'organisation et les méthodes de travail de l'hôpital régional, en se basant sur l'expérience d'une année d'activité de l'hôpital régional de Iassy ; cet hôpital a commencé à fonctionner comme centre d'organisation méthodologique de l'activité curative et prophylactique, sur le territoire de la région de Jassy, au commencement de l'année 1954

L'auteur montre comment cet hôpital s'est acquitté des misions suivantes :

1. Assurer une assitance curative et prophylactique d'hôpital et de polyclinique, d'un niveau professionnel elevé et de bonne qualité.

2. Accorder une aide technique, méthodique, scientifique et d'organisation aux autres unités curatives et prophylactiques de la région.

3. Instruire les cadres de spécialistes pour les hôpitaux départementaux et ruraux et relever la qualification des cadres médicaux de la région.

Malgré les imperfections et les difficultés rencontrées, l'hôpital départemental a donné des preuves abondantes de son utilité. Les résultats pratiques de son activité sont déja sensibles. On reconnaît dans le département du présence active d'une instance technique compétente, capable d'aider et de diriger l'activité médicale des hôpitaux. Les déplacements des specialistes de l'hôpital régional et les diverses modalités de contact et d'échange d'expériences entre ceux-ci et les médecins des hôpitaux de département, constituent un puissant stimulant pour ces derniers. Il existe enfin un contrôle technique compétent, sérieux, systématique, de l'activité médicale et une directive d'un niveau scientifique élevé. Pendant le court laps de temps depuis que l'hôpital régional a commencé à fonctionner on a réalisé des progrés dans l'application des nouvelles méthodes d'assistance curative et prophylactique ainsi que dans l'amélioration de l'obsérvation des malades ; ces progrés ont été sensiblement plus grands que les progrés réalisés auparavant, dans une période de plusieurs années.

Pentru o mai bună eficienţă a spitalelor de circumscripţie rurală cu secţii

Bad Eugen

Lucrare efectuată în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei (dir., profesor Ilea Theodor)

In procesul de dezvoltare a circumscripţiei sanitare rurale, care se desfăşoară intens în ţara noastră şi în care s-au obţinut o serie de rezultate din cele mai favorabile, e necesar să se facă o privire specială asupra situaţiei spitalelor de circumscripţie, şi anume asupra acelor spitale care la ora actuală sînt profilate pe 2—4 secţii de bază, avînd 40—80 de paturi sau mai mult, şi sînt încadrate cu personal medical de specialitate (medici consultanţi de specialitate, consultanţi principali sau eventual şefi de secţie), cum sînt de pildă spitalele din circumscripţiile: Balaci, raionul Roşiorii de Vede, Ţîndărei raionul Feteşti, Armăşeşti raionul Urziceni, Crasna raionul Zalău şi altele.

Aceste spitale de circumscripţie sînt instituţiile sanitare cele mai calificate şi mai apropiate de populaţia rurală, care asigură acesteia o asistenţă medicală de calitate şi o asistenţă specializată şi de urgenţă. Circumscripţiile în componenţa cărora intră aceste spitale reprezintă formula organizatorică cea mai avansată la ora actuală în mediul rural. Ele reprezintă, de fapt, tipul de perspectivă al circumscripţiei sanitare rurale.

Unele din spitalele rurale de tipul amintit mai sus, existente azi la noi în diferite puncte ale ţării (peste 8% din circumscripţiile noastre rurale dispun de asemenea instituţii spitaliceşti, dintre care 65% au cîte două sau mai multe secţii de specialitate) au un istoric organizatorico-funcţional caracteristic epocii medicinei mercantiliste, care pe atunci constituia izvorul de îmbogăţire al medicilor care o practicau.

Ca obiective, sarcini şi metode de muncă, spitalele din circumscripţiile sanitare rurale dinaintea perioadei anului 1948 duceau peste tot şi incontestabil o muncă de asistenţă pur curativistă. Ele nu apreciau şi nu cunoşteau rolul factorilor din teren şi al mediului de trai şi de muncă al bolnavului. Concepţia medicală curativo-profilactică nu-şi putea face teren în gîndirea medicului închis între zidurile spitalului, aglomerat şi depăşit permanent de contingentele noi de bolnavi. Aceasta era o primă cauză care determina aglomerarea permanentă a acestor spitale.

De altfel, spitalele rurale erau lipsite de însăşi baza organizatorică necesară pentru aplicarea orientării profilactice.

Neavînd un teritoriu de care să răspundă, ele deserveau cu asistenţă de staţionar bolnavii provenind din cele mai variate regiuni, ceea ce constituia a doua cauză care întreţinea aglomerarea spitalelor; iar a treia cauză era tocmai insuficienta asigurare cu paturi a populaţiei din mediul rural.

Asistenţa dată în aceste condiţii nu putea să fie de eficienţă înaltă. Medicul spitalului nu vedea decît un simplu şi scurt episod din procesul morbid, şi de obicei numai formele lui avansate, deseori incurabile. Înainte de spitalizare bolnavul nu era sau era prea puţin cunoscut de

medicul de spital, iar după spitalizare nu mai era urmărit. Formele preclinice nu puteau constitui o preocupare a medicului de spital.

Ruptura care-l separa pe medicul din spital de teren, îl separa totodată şi de restul instituţiilor şi cadrelor sanitare din reţea. Între spitalul rural şi circumscripţia sanitară rurală nu era nici o legătură organică şi funcţională. Unele iniţiative locale, individuale şi unele cazuri cînd medicii din spital şi din teren reuşeau să lege unele schimburi de idei erau numai excepţii.

Medicul de spital înmormînta greşelile medicului de circumscripţie. Lipsa de preocupări, de sarcini şi de posibilităţi organizatorice făcea ca problema ridicării nivelului profesional al medicilor de teren şi al personalului mediu să nici nu existe. Se înţelege că în astfel de condiţii spitalul nu era interesat nici în ridicarea calităţii asistenţei medicale ambulatorii. Ba mai mult, uneori era interesat în ridicarea prestigiului profesional şi a situaţiei materiale a medicului de spital, şi nu rare erau cazurile cînd, datorită faptului că la spitalul rural se putea „cîştiga mai bine", această instituţie devenea un latifundiu personal „cîştigat" pe principii mercantile.

Acesta era în general aspectul spitalului rural înainte de 1948.

Modificările structurale, organizatorice şi funcţionale înfăptuite începînd cu anul 1948 au reuşit să remedieze o parte din lipsurile de mai sus.

Aspectul mercantilist al asistenţei medicale în mediul rural a fost lichidat.

Astăzi, spitalul rural, îmbogăţit cu cadre şi cu inventar, acordă zi de zi o asistenţă medicală tot mai calificată şi în multe locuri de specialitate. Medicii specialişti din aceste spitale, aplică azi în limita utilajului ce le stă la dispoziţie — toate metodele moderne de terapie medicală. Majoritatea spitalelor rurale au fost restructurate, creîndu-li-se secţiile de bază.

Prin unificarea spitalelor cu circumscripţiile rurale, medicii de circumscripţie rurală, lucrînd în spital, îşi pot ridica nivelul lor profesional şi prin aceasta, la rîndul său, populaţia rurală beneficiază de o asistenţă medicală de mai bună calitate.

Cu toate acestea, însă, o parte din lipsuri au rămas nerezolvate, apărînd chiar unele aspecte negative noi. Situaţia actualelor spitale rurale cu secţii se poate defini prin: „neîncadrarea lor justă în lanţul articulat al sistemului rural de ocrotire a sănătăţii publice" (prof. L. Grom).

Actualul spital cu secţii din circumscripţia rurală acordă încă asistenţă de staţionar tuturor bolnavilor care solicită această asistenţă, indiferent de proveniența lor teritorială. Aceste spitale sînt în general aglomerate, iar aglomeraţia creşte la cele care au profil chirurgical.

Prin faptul că spitalele cu secţii din circumscripţia sanitară rurală acordă asistenţă de staţionar bolnavilor indiferent de locul lor de domiciliu, aceştia afluează spre spitale de la distanţe mari, uneori chiar 50—80 km. În foarte multe cazuri vin direct la spital fără a mai trece pe la medicul sau dispensarul de circumscripţie, iar la părăsirea spitalului de asemenea nu consideră necesar şi folositor, să se prezinte la medicul lor de circumscripţie.

Din cauza acestui procedeu, spitalul de circumscripţie rurală nu are posibilitatea să selecţioneze corect bolnavii pe care îi spitalizează,

și în consecință nu poate lua măsuri eficace de descongestionare proprie și nici de descongestionare a spitalului raional.

Concomitent, spitalele de circumscripție rurală care tratează în staționar bolnavii de pe suprafețe întinse se mențin pe linia unei asistențe curativiste. Baza organizatorică necesară pentru aplicarea orientării profilactice, creată prin unificarea spitalului cu circumscripția sanitară rurală de sediu, este prea strîmtă, este depășită de cadrul real al terenului.

În același timp, prin neconturarea teritoriului de deservire, spitalul din circumscripția sanitară rurală ridică anumite probleme dificile în legătură cu accesibilitatea asistenței medicale. De exemplu, se știe că spitalele cu secții din circumscripția sanitară rurală dispun azi de un fond de paturi care depășește necesarul circumscripției sanitare de sediu, dar care totuși nu poate fi suficient pentru a deservi un teritoriu nedefinit. Un spital cu 50 de paturi, de exemplu, este prea mare pentru o singură circumscripție sanitară rurală cu 6—8 000 locuitori, dar aceste 50 de paturi nu pot totuși deservi mai mult de 20 000 locuitori. De aceea, spitalul respectiv, blocat în permanență de cazurile provenite de la distanțe mai mari și insuficient selecționate, nu poate asigura o bună accesibilitate a asistenței de staționar pentru populația din zona limitrofă. De exemplu, s-a constatat că spitalul din circumscripția sanitară rurală Armășești raionul Urziceni, regiunea Ploiești, deși are 50 de paturi care au funcționat din plin în 1953, nu a oferit totuși decît un fond de 1,68‰ asigurare cu paturi pentru cei 20 000 locuitori care constituie zona limitrofă de apel natural și că aproximativ 401 bolnavi din această zonă nu au avut suficientă accesibilitate la spitalul lor, fiind nevoiți să se adreseze pentru spitalizare la spitalul raional.

Aspecte interesante sub raportul teritoriului deservit de spitalul din circumscripția sanitară rurală se pot constata prin cercetarea organizării asistenței medicale acordate de ambulatoriile acestor spitale (în 1953).

Se poate constata, de exemplu, că acolo unde spitalul sau ambulatoriul său nu dispune de aparat de radiologie (de pildă spitalul cu 80 de paturi și 3 secții din circumscripția Țăndărei, regiunea Constanța), din totalul consultațiilor acordate la ambulatoriu 69% aparțin circumscripției sanitare rurale de sediu (din care 92% aparțin însăși comunei de sediu), în timp ce acolo unde ambulatoriul spitalului are aparat de radiologie (de pildă spitalul cu 50 paturi, cu profil chirurgical, din circumscripția sanitară rurală Armășești regiunea Ploiești) 43% din ele aparțin circumscripției de sediu (din care 40% aparțin însăși comunei de sediu).

Rezultă că aparatul de röntgen lărgește mult apelabilitatea, contribuind în același timp la îmbunătățirea asistenței medicale.

Dar, în același timp, prezența aparatului de röntgen creează și dificultăți spitalului, atrăgînd un mare număr de bolnavi extrateritoriali, aglomerînd munca ambulatoriului.

Este adevărat că, în cadrul teritoriului circumscripției sanitare rurale, spitalul are deja un rol de îndrumare și organizare a muncii în problemele sanitare specifice. Dar acest teritoriu este relativ redus față de cel real pe care îl deservește și la care îi dă dreptul fondul său de paturi.

Acest mod de deservire face ca în cea mai mare măsură actualul spital cu secții din circumscripția rurală să nu aibă nici un fel de

legătură cu majoritatea cadrelor sanitare din teritoriul de gravitare naturală și chiar cu problemele acestui teritoriu.

Spitalul continuă deci să ducă în mare măsură o muncă pur curativistă, orientarea profilactică fiind practic lipsită de baza sa organizatorică de dezvoltare.

Spitalul cu secții din circumscripția sanitară rurală, chiar bine încadrat și utilat, avînd secțiile de bază și radiologie, nu deține inițiativa organizatorică pe linia problemelor sanitare locale. El nu atacă problemele concret pe baza interdependenței dintre om și mediu. El nu cuprinde aspecte de masă în probleme. El nu cunoaște și nu ia măsuri efective pentru a rezolva, de exemplu, problema tuberculozei, sifilisului, bolii ulceroase, a morbidității infantile, a ocrotirii sănătății muncitorilor agricoli etc. El continuă a vedea și rezolva numai cazuri de ulcer, tuberculoză sau sifilis etc.

Este clar că actualul spital cu secții din circumscripția sanitară rurală, chiar bine încadrat și utilat, nu poate avea un rol organizatoric-metodologic pe linia rezolvării problemelor sanitare locale.

În plus, prin faptul că oferă posibilități de asistență medicală necoordonată, face nu numai ca să nu existe legături funcționale organice între diferitele compartimente ale rețelei de bază, ci chiar duce la izolarea și divizarea acestora.

Spitalul, rupt de medicii și de circumscripțiile rurale din jur, întîmpină o serie de greutăți în munca sa (de exemplu, lipsa de urmărire a bolnavilor etc.) și în același timp nu poate fi de vreun folos în ridicarea nivelului lor profesional și a îmbunătățirii condițiilor lor de muncă.

De altfel, prin faptul că în mediul rural asistența medicală de staționar a fost pînă în prezent forma de asistență cu cele mai multe lipsuri, este clar că aceste spitale au avut o largă listă de greutăți, de nevoi. Unificarea spitalelor rurale cu circumscripțiile a favorizat apariția unor aspecte negative neprevăzute.

După unificare, spitalul a înglobat pur și simplu circumscripția. Aceasta a părăsit uneori dispensare frumoase și bune (de pildă, cazul circumscripției sanitare rurale Rădulești, unificată cu spitalul Armășești).

Calul și șareta circumscripției au fost tocmai bine venite spre a ajuta spitalului la transportarea materialului, a administratorului etc. Ceva mai grav însă este faptul că spitalul și ambulatoriul său (fostul medic de circumscripție, deci al unui teren delimitat, a devenit medicul consultant al spitalului, deci al unui teren nedelimitat), de astă dată neavînd un teritoriu precis de deservire, numărul mare de consultații ambulatorii și intensificarea muncii din staționar au făcut ca fostul medic al circumscripției sanitare rurale să fie prins foarte intens în munca din staționar și să piardă în mare măsură controlul terenului circumscripției. Foștii medici de circumscripție (azi medici consultanți interniști ai spitalului) au devenit și ei medici în spital. De altfel, unificarea cu circumscripțiile de sediu a dat ocazia unei tendințe de adaptare a graficului de muncă. De exemplu, soții medici se suplinesc reciproc în muncă, desigur în mod incomplet și dăunător funcțiilor pe care le ocupă fiecare.

Pe lîngă aceasta, centralizarea pur și simplu a tuturor forțelor la nivelul spitalului (care nu are un teritoriu precis de deservire) a determinat uneori situații nepotrivite în funcționarea unităților anexe, ca de-

pildă, a caselor de naştere. Acestea, de exemplu, au fost înlocuite cu unele compartimente din incinta spitalului, fără să aibă asigurate condiţiile specifice necesare, dînd loc astfel la o serie de neajunsuri (posibilităţi de infecţii intraspitaliceşti, greutăţi în aplicarea unui regim de protecţie în spital etc.).

In rezumat, principalele deficienţe organizatorico-funcţionale ale actualelor spitale cu secţii din circumscripţia sanitară rurală sînt următoarele:

1. Nu aplică orientarea profilactică şi se menţin în cea mai mare măsură pe linia unei asistenţe medicale pur curative.

2. Nu-şi cunosc just sarcinile şi nu au un rol organizatorico-metodologic pentru activitatea medico-sanitară de pe zona limitrofă de apelabilitate şi gravitare naturală.

3. Nu au legături funcţionale cu personalul medico-sanitar din circumscripţiile pe care le deservesc cu asistenţă de staţionar (şi de ambulatoriu în oarecare măsură); ca atare, nu pot contribui la ridicarea nivelului profesional al acestor cadre şi, deci, nici la ridicarea calităţii asistenţei medicale ambulatorii.

4. Nu-şi pot rezolva prompt şi just problema aglomerării cu bolnavi şi ca atare nu pot contribui nici la descongestionarea spitalului raional.

5. O parte din problemele fostei circumscripţii sanitare rurale de sediu (azi unificată cu spitalul) sînt mai slab rezolvate decît înainte de unificare.

Care sînt cauzele reale ale acestor deficienţe? Credem că ar fi următoarele:

1. Spitalul cu secţii din circumscripţia rurală nu aplică just orientarea profilactică, deoarece este lipsit de baza organizatorică necesară, adică nu respectă principiul teritorializării.

Această problemă ar putea fi rezolvată, fie prin ajustarea fondului de paturi la nevoile unei singure circumscripţii, fie prin ajustarea teritoriului la fondul existent de paturi.

Sîntem de părere că la actualele posibilităţi de cadre şi de materiale, avînd în vedere că în R.P.R., în general, densitatea populaţiei pe majoritatea terenurilor locuite este destul de ridicată (60—90 locuitori pe km^2), avînd în vedere faptul că aşezările omeneşti (comunele, satele, cătunele) sînt dese şi avînd în vedere transformările organizatorico-administrative prin care trece sectorul nostru agricol-socialist, cea din urmă soluţie ar fi cea mai justă.

Aceasta ar însemna deci teritorializarea acestor spitale pe întinderea cîtorva circumscripţii sanitare rurale limitrofe a căror populaţie apelează şi gravitează în mod natural spre spital (desigur, respectînd o anumită rază maximă de 10—12 km).

2. Spitalul cu secţii din circumscripţia sanitară rurală nu-şi cunoaşte just sarcinile şi nu are un rol metodologic şi organizatoric al muncii sanitare din zona pe care în mod real o deserveşte cu asistenţă de staţionar, din cauza că unificarea cu circumscripţia sanitară rurală de sediu nu a fost întemeiată pe o muncă de lămurire a cadrelor din teren, nici pe o justă înţelegere a greutăţilor spitalului, nici pe o îndrumare organizatorico-funcţională practică. Aceasta este legată şi de faptul că baza organizatorică a aplicării concepţiei profilactice şi a ridicării calităţii asistenţei medicale prin ridicarea nivelului profesional al cadrelor, în mediul rural, nu este numai

unificarea cu circumscripţiile sanitare rurale de sediu, ci şi teritorializarea spitalului în raport cu fondul său de paturi .

3. Spitalul cu secţii din circumscripţia sanitară rurală nu contribuie la îmbunătăţirea asistenţei medicale ambulatorii şi la ridicarea nivelului profesional al cadrelor din teren datorită faptului că nu există forme organizatorice de contact şi de muncă între spital, ambulatoriu şi teren şi între cadrele lor. Cauza reală este însă faptul că lipseşte baza organizatorică, adică teritorializarea justă, lipseşte baza metodologică, adică îndrumarea teoretică, şi lipsesc mijloacele de transport.

4. Spitalul cu secţii din circumscripţia sanitară rurală nu se poate autodescongestiona şi nu poate selecţiona bolnavii care îi vin, pentru faptul că nu există legături organizatorico-funcţionale între el şi circumscripţiile sanitare rurale din jur.

5. O parte din problemele fostei circumscripţii sanitare rurale — azi unificată cu spitalul — sînt mai slab rezolvate, din cauză că spitalul deserveşte cu asistenţă de staţionar un teritoriu mult mai larg, care deci trebuie să contribuie şi el sub o formă organizatorică oarecare, al aplicarea principiilor de funcţionare a spitalului.

★

Faţă de cele de mai sus, în cursul anului 1954 am cercetat condiţiile în care se poate organiza baza teritorială a spitalelor rurale cu secţii, ajungînd la următoarele concluzii :

„Circumscripţiile cu spitale avînd doi sau mai mulţi medici pot fi mărite ca număr de populaţie şi în oarecare măsură ca rază de acţiune, păstrînd totuşi o rază maximă de aproximativ 10 km. Aceasta se realizează prin includerea în teritoriul circumscripţiei respective a comunelor din apropiere care gravitează în mod natural spre spital.

In acest caz trebuie organizate puncte sanitare cu felceri şi moaşe în comunele mai mari şi mai îndepărtate ale circumscripţiei. Aceasta impune desigur rearondarea circumscripţiilor respective.

Teritoriul de deservire al spitalului de circumscripţie poate depăşi raza circumscripţiei de reşedinţă. Acesta (spitalul) poate deveni centrul organizatoric şi metodologic pentru 1—3 circumscripţii învecinate, deservind în acelaşi timp cu asistenţă medicală diferenţiată — ambulatorie şi de staţionar — populaţia acestor circumscripţii care sînt afiliate spitalului“ (citat din prof. Ilea Theodor şi prof. Grom Leonida, „Principiile de bază ale organizării ocrotirii sănătăţii populaţiei din mediul rural“, revista „Ocrotirea sănătăţii în R.P.R., 1954, nr. 3, pag. 11).

In modul de mai sus, circumscripţiei sanitare rurale cu spital cu secţii i se poate acorda un teritoriu cuprinzînd un număr de populaţie corespunzător proporţiei de 2,5—3‰ indice de paturi existente în spital şi cu o rază de pînă la 10 km, iar paralel se poate atribui un teritoriu de deservire în jur care poate cuprinde 2—3 circumscripţii numite „circumscripţii afiliate spitalului“.

Acest ansamblu teritorial cuprinde zona în care spitalul de circumscripţie cu secţii va trebui să-şi exercite rolul său organizatoric şi metodologic, avînd ca obiective ridicarea calificării cadrelor medico-sanitare şi în special a celor medii, ridicarea calităţii asistenţei medicale şi apropierea asistenţei de specialitate de locul de muncă al populaţiei rurale, deci creşterea accesibilităţii asistenţei de specialitate.

Față de aceste obiective, metodele actuale de muncă ale spitalului nu sînt suficiente. De aceea, în cele ce urmează arătăm pe scurt și schematic o serie de metode speciale pe care le va putea utiliza pentru rezolvarea sarcinilor în noile condiții.

Avînd în vedere că pentru a-și îndeplini aceste sarcini spitalul va trebui să ducă o muncă metodologică și organizatorică pentru ocrotirea sănătății populației de pe teritoriul arondat și o muncă de ridicare a calificării profesionale a cadrelor din teren, propunem ca în munca lor de viitor, cadrele spitalului cu secții (teritorializat) din circumscripția sanitară rurală să se conducă în plus și după unele principii și metode noi, pe care ni le indică atît experiența sovietică, cît și observațiile noastre, pe care le putem grupa schematic în următoarele categorii:

I. Metode de conducere și îndrumare a circumscripțiilor sanitare rurale de pe teritoriul arondat spitalului.

II. Metode de ridicare a nivelului profesional al cadrelor.

III. Metode de îmbunătățire a calității muncii și a accesibilității asistenței medico-sanitare, cum sînt de exemplu dezvoltarea muncii profilactice, ridicarea calității asistenței medicale, apropierea asistenței calificate și specializate de locul de muncă și trai al populației, asigurarea unei asistențe preferențiale în anumite sectoare speciale, ca de exemplu sectorul socialist agricol, ocrotirea mamei și copilului sau problemele de specific local.

I. *Metode de conducere și îndrumare a circumscripțiilor sanitare rurale unificate sau afiliate spitalului*

Îndrumarea, conducerea și coordonarea muncii medico-sanitare din punct de vedere tehnic și profesional, pe întregul teritoriu de deservire al spitalului de circumscripție rurală (circumscripția unificată și circumscripțiile afiliate), reprezintă o sarcină a medicului director al spitalului, ce va fi ajutat în această muncă de fiecare medic consultant principal sau medic șef de secție de specialitate. Îndrumarea muncii se va face pe baza principiului responsabilității unice și a controlului executării sarcinilor.

În mod preliminar, medicul șef al spitalului va observa din care circumscripții și pentru ce afecțiuni se prezintă bolnavii la spital din proprie inițiativă, ocolind pe medicul lor de circumscripție; din care circumscripții, pentru ce afecțiuni și în ce proporție bolnavii se prezintă sau sînt trimiși la consultații de specialitate sau pentru intervenții, tardiv, cu complicații sau cu afecțiuni care nu justifică deplasarea lor la spital; în care circumscripții, în ce afecțiuni și în ce proporții s-au aplicat tratamente greșite, incomplete sau neștiințifice, precum și în ce specialitate și în care sector al patologiei medicale se comit cele mai frecvente greșeli de diagnostic.

În vederea conducerii muncii va putea folosi ca metode:

1. Raportarea și analizarea periodică a situației medico-sanitare și rezultatelor muncii de pe întreg teritoriul arondat. În acest scop, toate circumscripțiile sanitare rurale de pe teritoriul arondat spitalului vor primi ordine tehnice și vor raporta din punct de vedere tehnic, numai la și prin spitalul de circumscripție. Vor da referate periodice medicii șefi de secție sau consultanți principali și medicii de circumscripții rurale. Medicii consultanți principali vor răspunde de munca medicilor consultanți din staționar. Medicii de circumscripții sanitare rurale vor răspunde de munca

desfăşurată la punctele de sănătate deservite de cadre medii şi cadre sanitare auxiliare sau voluntare.

2. Planul complex de muncă pentru rezolvarea problemelor principale de sănătate pe întregul teritoriu deservit de spital.

3. Urmărirea executării la termen a planului general de muncă, defalcat pentru toate unităţile subalterne, prin controlul direct, dări de seamă şi analize ale muncii, ţinute la intervale periodice, atît cu întreg colectivul spitalului teritorializat, cît şi pe sectoare.

4. Introducerea evidenţei de bază pe fişe pentru populaţia din circumscripţia de sediu a spitalului şi pe registre pentru circumscripţiile afiliate.

5. Analiza periodică a stării de sănătate a populaţiei din întreg teritoriul arondat, prin indicii demografici (natalitate, mortalitate generală şi pe cauze, letalitate în diferite boli, excedent natural, mortalitate infantilă, mortinatalitate, decese fără asistenţă medicală), imaturitatea, greutatea la naştere şi indicii somatometrici, morbiditatea pe baza codului de morbiditate în uz şi prin indicii consultaţiilor (greutatea specifică a consultaţiilor pe cauze, media consultaţiilor pe caz şi cauză).

6. Analiza eficienţei muncii circumscripţiilor sanitare rurale din teritoriul arondat, pe baza indicilor specifici.

7. Descongestionarea spitalului raional, prin depistarea activă a bolnavilor de pe teritoriul arondat şi internarea lor în spitalul de circumscripţie, precum şi descongestionarea spitalului de circumscripţie prin tratarea cazurilor uşoare la nivelul staţionarelor de la dispensarele de circumscripţie afiliate sau la spitalele mici (mixte) de circumscripţii.

8. Pentru primirea bolnavilor în spital se va folosi în mod obligatoriu biletul de internare, emis şi semnat de medicul consultant de circumscripţie. Se vor primi fără bilet numai urgenţele. Pe biletul de internare, medicul consultant va trece în mod obligatoriu diagnosticul sau simptomele cu care se spitalizează bolnavul. Acest diagnostic de intrare va fi trecut ca atare în foaia de observaţie clinică. La ieşirea bolnavului din spital, biletul cu care a intrat va fi retrimis medicului consultant, fiind completat cu diagnosticul de ieşire şi indicaţiile speciale necesare. La cancelaria medicului consultant, aceste bilete se vor păstra şi îndosaria.

9. Pentru întărirea rolului şi răspunderii punctelor de sănătate cu personal mediu (felcer, oficiant sanitar, moaşă) ; medicul şef al spitalului teritorializat, de comun acord şi în colaborare cu organele locale de stat, va pregăti şi utiliza în munca de teren, în afară cadrelor medii, cît mai numeroase cadre sanitare voluntare (activişti de Cruce Roşie şi absolvenţi G.P.A.S.). Aceştia pot face în general următoarele munci sanitare: a) întreţinerea agitaţiei sanitare prin lozinci, afişe, citiri de broşuri ; b) urmărirea stării sanitaro-igienice a colectivităţilor, a gospodăriilor, localurilor publice, drumurilor, pieţelor, a vagoanelor de brigăzi S.M.T., etc.; c) deservirea posturilor sanitare permanente, mobile sau fixe, dotate cu truse de prim ajutor ; d) depistarea, din prima zi sau primele ore, a cazurilor de îmbolnăvire etc.

Se vor organiza :

— Posturi sanitare cu cadre G.P.A.S. în fiecare brigadă de cîmp, în fermele zootehnice, în toate sectoarele producţiei agricole.

— Indrumători sanitari (împuterniciţi sanitari obşteşti în U.R.S.S.), cîte unul pentru fiecare grup de 20—30 de case din centrele populate.

Aceste cadre sanitare voluntare vor lucra sub îndrumarea directă a personalului sanitar mediu şi sub controlul medicului de circumscripţie.

Consultaţiile la ambulatoriu se vor face numai pe baza biletului de îndrumare al felcerului sau al moaşei (cu excepţia urgenţelor). Pe acest bilet se va răspunde felcerului sau moaşei.

Pentru analiza muncii acestor cadre şi pentru atragerea maselor la acţiunile sanitare se vor organiza periodic, în centrele populate, adunări generale cu întreaga populaţie sub conducerea organelor puterii locale de stat şi în prezenţa medicului de circumscripţie, la care medicii de circumscripţie vor da rapoarte urmate de întrebări şi discuţii.

10. Crearea, în colaborare cu sfaturile populare, a condiţiilor necesare de muncă la nivelul punctelor de sănătate cu personalul mediu şi a posturilor sanitare cu personal voluntar (cameră, mobilier, instrumentar strict necesar).

11. Pentru a sistematiza asistenţa medicală ambulatorie de specialitate şi asistenţă de laborator sau radiologică, se recomandă ca metoda „consultaţiei medicale" să fie înlocuită cu „consultul medical", adică: orice bolnav care doreşte să beneficieze de o consultaţie de specialitate şi în special în cazul examenului radiologic, se va prezenta la cabinetul respectiv numai pe baza biletului de trimitere de la medicul său consultant de circumscripţie, în care acesta va recomanda examenul necesar. Răspunsul specialistului va fi dat în scris pe acest bilet, fără nici o recomandaţie verbală bolnavului, acesta urmînd să-şi primească toate indicaţiile de la medicul consultant căruia îi duce răspunsul.

12. Pentru ridicarea responsabilităţii şi calificării felcerilor, bolnavii vor fi consultaţi ambulatoriu exclusiv pe baza biletului de îndrumare al felcerului sau moaşei (cu excepţia cazurilor urgente). În anumite cazuri şi pe timp limitat, fişele de consultaţii, avînd anexa de tratament, pot fi păstrate la felceri sau moaşe (punctul de sănătate). În aceste fişe, medicii de la spital înscriu constatările şi recomandaţiile lor, pe care apoi le execută felcerii. Aceştia vor raporta însă săptămînal sau mai frecvent despre evoluţia afecţiunii. La nivelul staţionarelor de la dispensarele de circumscripţie afiliate se vor întocmi foi de observaţie clinice după modelul utilizat în spitalul de circumscripţie.

II. *Metodele pentru ridicarea nivelului profesional al cadrelor*

1. Pentru recalificarea şi perfecţionarea personalului mediu şi voluntar de la punctele de sănătate se recomandă:

a) Detaşări pe timp limitat de 20—30 de zile, cu schimb reciproc între spital şi teren, numai pentru cadrele medii.

b) Cursuri la spital pentru personalul mediu şi voluntar, pentru anumite probleme speciale, urmate de seminarii. De exemplu, înainte de începerea campaniilor agricole, asupra acordării asistenţei medicale în timpul muncilor agricole, profilaxia traumatismelor agricole, tratamentul microtraumatismelor etc.

c) Conferinţe periodice cu expuneri teoretice şi cu analiza muncii a 1—2 puncte de sănătate cu personal mediu şi voluntar, ţinute pentru întreg teritoriul spitalului sau numai pentru o parte. La aceste conferinţe, referatul poate fi făcut chiar de un cadru mediu.

d) Deplasări planificate ale medicilor consultanţi la punctele de să-

nătate cu cadre medii şi voluntare pentru a demonstra şi verifica formele de muncă utilizate.

2. Pentru ridicarea nivelului profesional al medicilor:

a) Munca în spital, prin participarea directă, activă şi nemijlocită la toate formele de muncă medicală.

— Medicii consultanţi de circumscripţii unificate vor lucra zilnic 3 ore în staţionar unde vor răspunde de un număr de paturi din secţia de interne. În aceste 3 ore, medicii consultanţi unificaţi vor executa toată procedura curativo-profilactică de asistenţă în spital sub îndrumarea medicilor şefi de secţie sau, în lipsa acestora, a medicului şef al spitalului.

— Medicii consultanţi de circumscripţii afiliate vor lucra în spital în mod ciclic (rotaţie periodică) sub îndrumarea medicului şef al spitalului, cuprinzînd aspecte şi probleme de muncă pe toate secţiile de specialitate.

b) Munca în ambulatoriu sau în policlinică. În cazul spitalului cu secţii şi ambulatoriu cu cabinete de specialitate, medicul de circumscripţie unificată va lucra ca internist de ambulatoriu 4 ore pe zi, dar alternativ cu terenul (circumscripţia) unde va lucra ca medic universal. În ziua cînd consultantul este pe teren, consultaţiile la ambulatoriu le face medicul consultant principal.

Medicii consultanţi de circumscripţii afiliate vor lucra la nivelul dispensarului de circumscripţie şi punctelor de sănătate.

Sistemul de muncă de mai sus poate suferi modificări după specificul local. În general este mai util dacă atît medicul de circumscripţie unificată, cît şi medicii de circumscripţii afiliate vor lucra în spital în sistem ciclic. Este însă necesar ca spitalul să dispună de unul sau de doi medici consultanţi proprii, care să asigure schimbul în circumscripţii în timpul rotaţiei.

c) Deplasarea planificată a medicilor şefi de secţii sau consultanţi principali (eventual a medicului şef al spitalului) la nivelul dispensarelor şi staţionarelor de circumscripţii sanitare rurale afiliate sau spitalelor mici (mixte), unde vor da consultaţii şi tratamente alături de medicul consultant al circumscripţiei afiliate.

Medicul şef de secţie sau consultantul principal va lucra 5 zile în spital şi ambulatoriu şi o zi săptămînal (8—15), planificat alternativ pe secţii, la nivelul dispensarelor şi staţionarelor circumscripţiilor sanitare rurale afiliate.

d) Ziua metodologică. Periodic, lunar sau la două luni, se concentrează toţi medicii la nivelul spitalului. În această zi se prezintă, analizează şi discută problemele de organizare a ocrotirii sănătăţii ridicate de nevoile teritoriului. Programul de dimineaţă al acestei zile va cuprinde probleme practice puse de morbiditatea de pe teritoriu, calitatea asistenţei medicale, greşelile de diagnostic şi de terapeutică observate etc. Programul de după amiază al acestei zile va fi rezervat pentru învăţămînt teoretic pe problemele ridicate de nevoile medicilor locali. Expunerile vor fi susţinute de cadre de la spitalul raional şi regional sau din centrele universitare. Expunerile vor fi urmate de întrebări şi discuţii. Se vor dresa protocoale de şedinţă.

e) Conferinţele cu caracter ştiinţific şi practic sau consfătuirile de lucru la nivelul dispensarelor de circumscripţii afiliate, cu participarea cadrelor medicale şi medii de pe teritoriul spitalului. La aceste conferinţe sau consfătuiri se vor pune în dezbatere problemele ridicate de munca

unității respective, căutîndu-se a se da un sprijin teoretic și la nevoie practic pentru rezolvarea lor, sau se vor pune problemele legate de popularizarea experiențelor înaintate și a rezultatelor bune obținute de diferite cadre sanitare.

f) Circulara metodologică scrisă, este forma de instructaj prin care medicul șef al spitalului poate îndruma rezolvarea în mod unitar-tehnic a unor probleme de specific local.

g) Indicația pentru medicul din teren este răspunsul scris pe care medicul specialist din spital îl dă medicului consultant din teren relativ la bolnavul trimis de acesta cu bilet de trimitere și în care îi lămurește posibilitățile în legătură cu tratamentul indicat sau măsurile de luat, desigur cu păstrarea unei copii la dosarul spitalului.

III. *Metode speciale în vederea ridicării calității muncii și asigurarea unei asistențe preferențiale.*

A. Pentru intensificarea muncii pe linie de sanepid:

— ziua profilactică pe circumscripție.

B. Pentru aplicarea principiului profilactic:

1. Profilaxia infecțiilor infantile intraspitalicești prin: funcționarea filtrului, metoda vizitării lor acasă, asigurarea nașterilor în secția de maternitate complet izolată sau în casă de naștere exterioară;

2. reactivarea consultațiilor medicale prenatale și de puericultură, făcute sistematic de medic;

3. planul calendaristic anual pentru vizitarea tuturor copiilor de la 0 la 1 an al surorii de ocrotire și evidența lor;

4. stimularea înființării de creșe și cămine de zi;

5. stimularea vizitelor și consultațiilor active;

6. organizarea examinărilor profilactice complexe;

7. dispensarizarea, în anumite condiții;

8. profilaxia și tratamentul afecțiunilor ginecologice;

9. dezvoltarea și controlul culturii fizice și al sportului;

10. introducerea Plicului familial de sănătate cu fișe individuale, sau a carnetului familial de sănătate.

C. Pentru întărirea asistenței medicale în sectorul agricol socialist:

1. dispensarizarea unor fruntași;

2. studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă;

3. examenul medical profilactic la angajare;

4. controlul periodic sero-radiologic;

5. profilaxia traumatismului agricol;

6. creșele sezoniere, creșele mobile.

D. Pentru asigurarea ajutorului de urgență:

1. metoda gărzii de serviciu executată cu personalul sanitar mediu la dispensar sau la domiciliu;

2. internarea în staționar a fiecărui bolnav care are nevoie zilnică de medic;

3. metoda „tratamentului planificat", aplicată anual la mase mari de oameni, recrutați pe bază de control periodic, examen medical complex sau dispensarizare (de exemplu din 500 planificați, 200 și-au restabilit complet capacitatea de muncă sau sănătatea și au fost scoși din evidența dispensarului).

E. Pentru apropierea asistenței de specialitate și îmbunătățirea calității consultației:

1. deplasarea planificată a specialiştilor de la nivelul spitalului de circumscripţie, la nivelul staţionarelor şi dispensarelor de circumscripţii afiliate, eventual chiar la punctele de felceri-moaşe ;

2. crearea la nivelul dispensarelor de circumscripţie a camerelor separate pentru „consultaţii" şi pentru „tratamente" ;

3. organizarea punctului local de pneumotorax ;

4. utilizarea raţională a serviciilor de salvare şi a staţiunii aviasan pentru deplasări de specialişti sau transportarea bolnavilor la spitalul raional sau regional.

★

ЗА УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СЕЛЬСКИХ УЧАСТКОВЫХ БОЛЬНИЦ С ОТДЕЛЕНИЯМИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Сельские участковые больницы с отделениями цо специальностям обеспечивают населению качественную специальную и неотложную медицинскую помощь.

Всё же, в настоящее время в этих больницах ещё недостаточно применяется профилактическая ориентация, ещё неправильно поняты поставленные задачи и эти больницы ещё не играют организационно-методологической роли в связи с с санитарно-медицинской работой, проводимой на обслуживаемой ими территории; участковые больницы ещё не имеют функциональной связи с медико-санитарными кадрами своей территории и, следовательно, не могут содействовать повышению их профессионального уровня и тем самым — повышению качества их работы.

В то же время участковые больницы с отделениями по специальности могут выполнять эту роль.

С этой целью автор предлагает их территоризацию путём создания центрального врачебного участка с присоединением 2—3 соседних участков.

Одновременно автор предлагает ряд методов работы:

— по руководству и направлению деятельности сельских врачебных участков, расположенных на территории, которая обслуживается больницей;

— по повышению профессионального уровня кадров:

— по повышению качества работы и доступности медицинской помощи по специальности.

★

Pour augmenter l'efficacité de l'assistance médicale des hôpitaux de circonscription rurale a plusieurs services

Les hôpitaux à plusieurs services des circonscriptions rurales, assurent à la population une assistance médicale de qualité, spécialisée et d'urgence.

Toutefois, dans ces hôpitaux les médecins n'appliquent pas à l'heure actuelle, avec une efficacité suffisante le principe d'activité prophylactique ; ils n'ont pas une conscience exacte de leur mission et ils ne prennent pas part à l'organisation méthodique de l'activité médicale et sanitaire dans la zone limitrophe où ils travaillent ; ils n'ont pas de rapports efficients avec le personnel médical et sanitaire de cette zone et, partant, ne contribuent pas au relévement du niveau professionnel de ces cadres ; en conséquence ils ne contribuent pas non plus au relèvement de la qualité de leur travail.

Cependant, les hôpitaux à plusieurs services des circonscriptions sanitaires rurales pourraient jouer ce rôle efficacement.

Dans ce but l'auteur de l'article propose une refonte de leur organisation par l'agrandissement d'une circonscription centrale et par l'affiliation à celle-ci de 2 ou 3 circonscriptions voisines.

On propose en même temps maintes méthodes de travail, à savoir :

— des méthodes concernant la direction de l'activité des circonscriptions sanitaires rurales, se trouvant sur le territoire d'assistance de l"hôpital ;

— des méthodes destinées à relever le niveau professionnel des médecins et du personnel auxilliaire ;

— des méthodes destinées à relever la qualité de l'activité médicale et à rendre l'assistance médicale de spécialité plus accessible à la population.

*Studiul morbidității din întreprinderi**

Conf. P. Mureşan

Scopul oricărei activități medico-sanitare — fie ea curativo-profilactică, sanitaro-antiepidemică, de cercetare științifică sau de învățămînt — este îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Starea de sănătate depinde în primul rînd de starea economico-socială, de modul de producție al societății, de relațiile care se stabilesc în cadrul producției.

Din aceste considerente se înțelege că în aprecierea stării de sănătate nu vom putea trage concluzii asupra eficienței sau deficienței activității medico-sanitare fără a ține seama de condițiile economico-sociale de condițiile de trai și de muncă.

Cei mai importanți indicatori ai stării de sănătate sînt mortalitatea și morbiditatea, aceştia trebuind să fie interpretați în sensul că o bună activitate a instituțiilor și cadrelor medico-sanitare trebuie să ducă la o scădere continuă a mortalității și morbidității, ținînd seama, bineînțeles, de cele arătate anterior, cu privire la condițiile de trai și de muncă, de starea economico-socială existentă.

Studiul morbidității prezintă o importanță practică mult mai mare decît cel al mortalității, deoarece ea ne redă mult mai fidel aspectul stării de sănătate decît mortalitatea, care nu ne poate înfățișa decît unele aspecte, și acestea doar tardiv. Deci, baza unei bune activități curativo-profilactice este cunoașterea morbidității, căci morbiditatea este semnalizatorul cel mai operativ, cel mai sensibil și prin urmare cel mai prețios în privința cunoașterii stării de sănătate și a eficienței activității medico-sanitare.

Metoda cea mai importantă, cea care redă mai fidel și mai complet morbiditatea unui teritoriu este morbiditatea generală, obținută pe baza consultațiilor curente, completată cu consultațiile periodice, consultațiile la angajarea muncitorilor etc.

Ea prezintă importanță și prin faptul că semnalizează din timp formele incipiente ale diferitelor boli cronice în faza lor funcțională, cît și bolile mai puțin grave, care nu duc la incapacitate temporară de muncă.

Pentru studiul stării de sănătate din colectivitățile muncitorești, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă prezintă importanță prin faptul că ne redă zilele de incapacitate de muncă pe diferite ramuri și ateliere de întreprinderi, pe cauze nosologice etc. Importanța constă și în faptul că certificatul medical de concediu, care constituie evidența primară pentru studiul morbidității cu incapacitate temporară, fiind legat de ordinul de plată, reprezintă o evidență de mare exactitate.

O metodă la fel de importantă pentru studiul morbidității este morbiditatea pe contingente (pe persoane bolnave și sănătoase), care ne arată nu numai bolile ce apar pe un teritoriu sau într-o întreprindere, dar și omul bolnav, adică, într-o colectivitate, cîte persoane se îmbolnăvesc o dată sau de mai multe ori și cîte nu fac nici o boală. Această metodă importantă nu se poate însă aplica decît pentru colectivități mai restrînse.

---

* Cu acest articol redacția deschide discuția asupra eficienței studiului comparativ al morbidității generale cu incapacitate temporară de muncă.

Pornind de la ideea că studiul morbidității pe contingente (pe persoane sănătoase și bolnave) nu se poate folosi ca metodă generală de studiu, în condițiile actuale, ci doar ca o metodă limitată, necesitînd evidențe speciale și prelucrări mai vaste, am fixat ca scop studiul comparativ al morbidității generale cu aceea cu incapacitate temporară de muncă, pe baza rapoartelor unităților medico-sanitare de întreprinderi și cercetărilor proprii la o serie de unități mari.

Scopul acestei comparații a fost de a vedea dacă există vreun paralelism între cele două aspecte ale morbidității, cum afirmă unii, ceea ce ar face inutilă studierea morbidității generale, utilizîndu-se doar morbiditatea cu incapacitate temporară, bazată pe o evidență mult mai precisă, sau dimpotrivă, se exagerează rostul acestei ultime forme de studiu, fiind utilizată, nu pentru problemele de asigurări sociale (zile de incapacitate pe anumite boli, număr de concedii acordate etc.), ci tendința de a se extinde și asupra cunoașterii stării de sănătate a muncitorilor din întreprinderi, ceea ce ar fi greșit.

Acest fapt a fost posibil luînd doar unele servicii medico-sanitare de întreprinderi, cu fișier bine organizat, care prezintă o evidență și raportare mai precisă a morbidității cu incapacitate temporară și a morbidității generale.

Din compararea acestor două aspecte la o serie de unități medico-sanitare de întreprinderi, pe primele trei trimestre ale anului 1954, am ajuns la următoarea concluzie:

Studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă este util pentru problemele de asigurări sociale, nu însă pentru studiul stării de sănătate a muncitorilor din întreprinderi, care nu se poate face decît prin morbiditatea generală, pe baza fișelor de consultație, bineînțeles doar în cazul cînd completarea fișelor se face în mod științific.

Această teză se bazează pe următoarele constatări:

1. Indicele de frecvență a incapacității temporare, care ne arată proporția de concedii noi la suta de salariați, nu ne indică morbiditatea reală din întreprinderea respectivă, deoarece acest indice nu ne arată cîți muncitori s-au îmbolnăvit de o boală nouă, ci doar de cîte ori au primit concedii noi. Pentru o anumită cauză, același bolnav poate fi de cinci-șase ori caz nou pe an.

Acest indice maschează deci realitatea în privința cunoașterii stării de sănătate, neștiind dacă este vorba de o serie de îmbolnăviri ale mai multor muncitori sau doar de numeroase concedii acordate aceluiași muncitor pentru o anumită boală.

Astfel este situația în toate întreprinderile cercetate, în cazul bolilor cronice cum ar fi: tuberculoza, reumatismul, bolile aparatului cardio-vascular, boala ulceroasă, bolile de ficat și ale căilor biliare, afecțiunile organelor genitale la femei.

De exemplu, în cazul tuberculozei pulmonare, cazurile noi de incapacitate depășesc de 2—10 ori cazurile noi de îmbolnăvire de tuberculoză; în boli cardiace de două-trei ori, în boala ulceroasă o dată și jumătate — cinci ori, în boli de ficat de două-trei ori, astfel că nu ne mai putem da seama dacă morbiditatea în aceste afecțiuni crește sau scade, deci nu putem cunoaște nici starea de sănătate, condițiile de mediu, eficiența activității medico-sanitare.

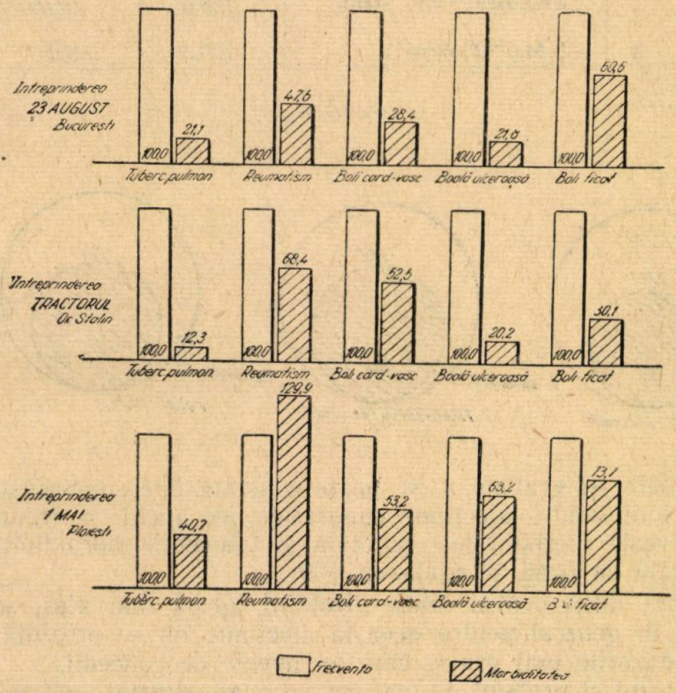
Redăm spre exemplificare în tabelul şi graficul 1 morbiditatea generală, comparativ cu frecvenţa morbidităţii cu incapacitate temporară, luată ca bază şi egală cu 100 pentru cîteva boli cronice din trei întreprinderi mari din cele cercetate.

Tabelul 1

Nivelul morbidităţii generale faţă de frecvenţa cu incapacitate luată ca bază şi egală cu 100, la cîteva boli cronice, pe primele trei trimestre ale anului 1954

Nr. crt.	Intreprinderea	Tuberculoză pulmonară		Reumatism		Boli cardio-vasc.		Boală ulceroasă		Boli de ficat	
		Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.
1	„23 August" Bucureşti	100,0	21,1	100,0	47,6	100,0	28,4	100,0	21,8	100,0	60,6
2	„Tractorul" Or. Stalin	100,0	12,3	100,0	68,4	100,0	52,5	100,0	20,2	100,0	30,1
3	„1 Mai" Ploieşti	100,0	40,7	100,0	129,9	100,0	53,2	100,0	63,2	100,0	73,7

Graficul 1



Din tabelul şi graficul de mai sus rezultă clar că, cu excepţia reumatismului la întreprinderea „1 Mai" Ploieşti, în toate celelalte afecţiuni morbiditatea generală este de două-cinci ori mai mică decît frecvenţa morbidităţii cu incapacitate temporară.

2. Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă nu cuprinde, pe de altă parte, nici jumătate din cazurile de îmbolnăvire, uneori şi mai puţin. Din tabelul şi graficul 2 se poate constata că, la toate cele trei mari servicii medico-sanitare de întreprinderi cercetate, frecvenţa morbidităţii cu incapacitate temporară formează doar cca jumătate din morbiditatea generală, deşi nici morbiditatea generală nu cuprinde de fapt totalitatea îmbolnăvirilor, rămînînd multe nedepistate.

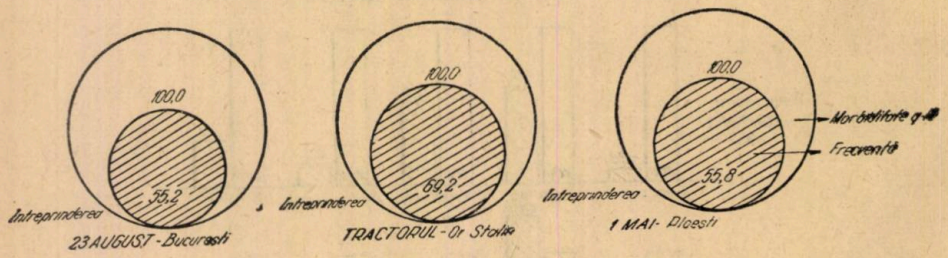
3. Cazurile uşoare de îmbolnăvire: gastritele, gastro-enteritele acute, gripa, anginele, bronşitele, infecţiile supurative ale pielii etc. rămîn în bună parte necunoscute prin studiul morbidităţii cu incapacitate temporară. La fel şi formele incipiente de boli cronice, care nu duc din primul moment la pierderea capacităţii de muncă, de asemenea un mare număr de traumatisme, mai ales microtraumatismele.

Tabelul 2

Frecvenţa morbidităţii cu incapacitate temporară comparativ cu morbiditatea generală, luată ca bază şi egală cu 100, pe primele trei trimestre ale anului 1954

Nr. crt.	Intreprinderea	Morbiditatea generală	Frecv.
1	„23 August"-Bucureşti .	100,0	55,2
2	„Tractorul"-Or. Stalin .	100,0	69,2
3	„1 Mai"-Ploieşti	100,0	55,8

Graficul 2



Din tabelul şi graficul 3 se poate constata diferenţa sensibilă pentru unele afecţiuni acute, afecţiuni supurative ale pielii şi traumatisme în ceea ce priveşte morbiditatea generală şi frecvenţa morbidităţii cu incapacitate, luată ca bază şi egală cu 100.

Diferenţa mică pentru unele afecţiuni, gripă mai ales, se datoreşte faptului că în general pentru această afecţiune nu se prezintă la consultaţie decît cazurile mai grave, care au nevoie de concedii.

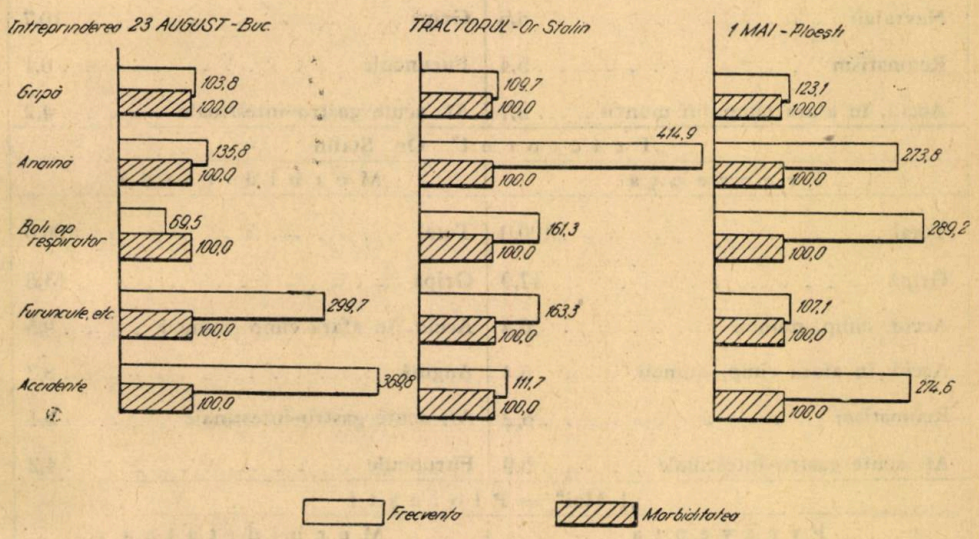
Din tabelul şi graficul de mai sus se poate constata că, în afara bolilor acute ale aparatului respirator la Serviciul medico-sanitar „23 August" Bucureşti, în toate celelalte cazuri morbiditatea generală este de o dată şi jumătate — patru ori mai mare decît frecvenţa morbidităţii cu incapaci-

Tabelul 3

Morbiditatea generală comparativ cu frecvența morbidității cu incapacitate temporară, luată ca bază și egală cu 100, în unele afecțiuni, pe primele trei trimestre ale anului 1954 (în coloanele de accidente intră atît cele din cîmpul muncii, cît și cele dinafara cîmpului muncii)

Nr. crt.	Intreprinderea	Gripă		Angină		Boli acute resp.		Furuncule etc.		Accidente	
		Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.	Frecv.	Morb.
1	„23 August" București	100,0	103,8	100,0	135,8	100,0	69,5	100,0	299,7	100,0	369,8
2	„Tractorul" Or. Stalin	100,0	109,7	100,0	414,9	100,0	161,3	100,0	163,3	100,0	111,7
3	„1 Mai" Ploiești	100,0	123,1	100,0	273,8	100,0	289,2	100,0	107,1	100,0	274,6

Graficul 3



tate temporară de muncă, ceea ce confirmă cele arătate anterior, că un mare număr de bolnavi cu afecțiuni acute, ca și cei traumatizați sau cu afecțiuni supurative ale pielii, rămîn nedepistați pe baza cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă; deci, această metodă de studiu nu poate servi ca bază unei munci curativo-profilactice.

4. Deși există uneori, aparent, un anumit paralelism între morbiditatea generală și cea cu incapacitate temporară de muncă, privind structura morbidității, aceasta însă este neconcludentă, deoarece pe de o parte este vorba de bolnavi noi, depistați pentru prima oară de o anumită boală; pe de altă parte, este vorba de concedii acordate bolnavilor noi sau

vechi, care pot primi unul sau mai multe concedii în decursul aceleiaşi boli.

Astfel, dacă vom analiza comparativ afecţiunile care dau ponderea cea mai mare în privinţa morbidităţii generale şi cea cu incapacitate temporară, vom constata o structură de cele mai multe ori diferită a morbidităţii.

Cu totul alte afecţiuni dau ponderea mai mare în cazul morbidităţii generale decît în cazul morbidităţii cu incapacitate temporară. Diferenţa apare şi mai clar cînd studiem indicii de structură, de greutate specifică, ai fiecărei boli, din totalul luat egal cu 100, după cum rezultă din tabelul şi graficul 4.

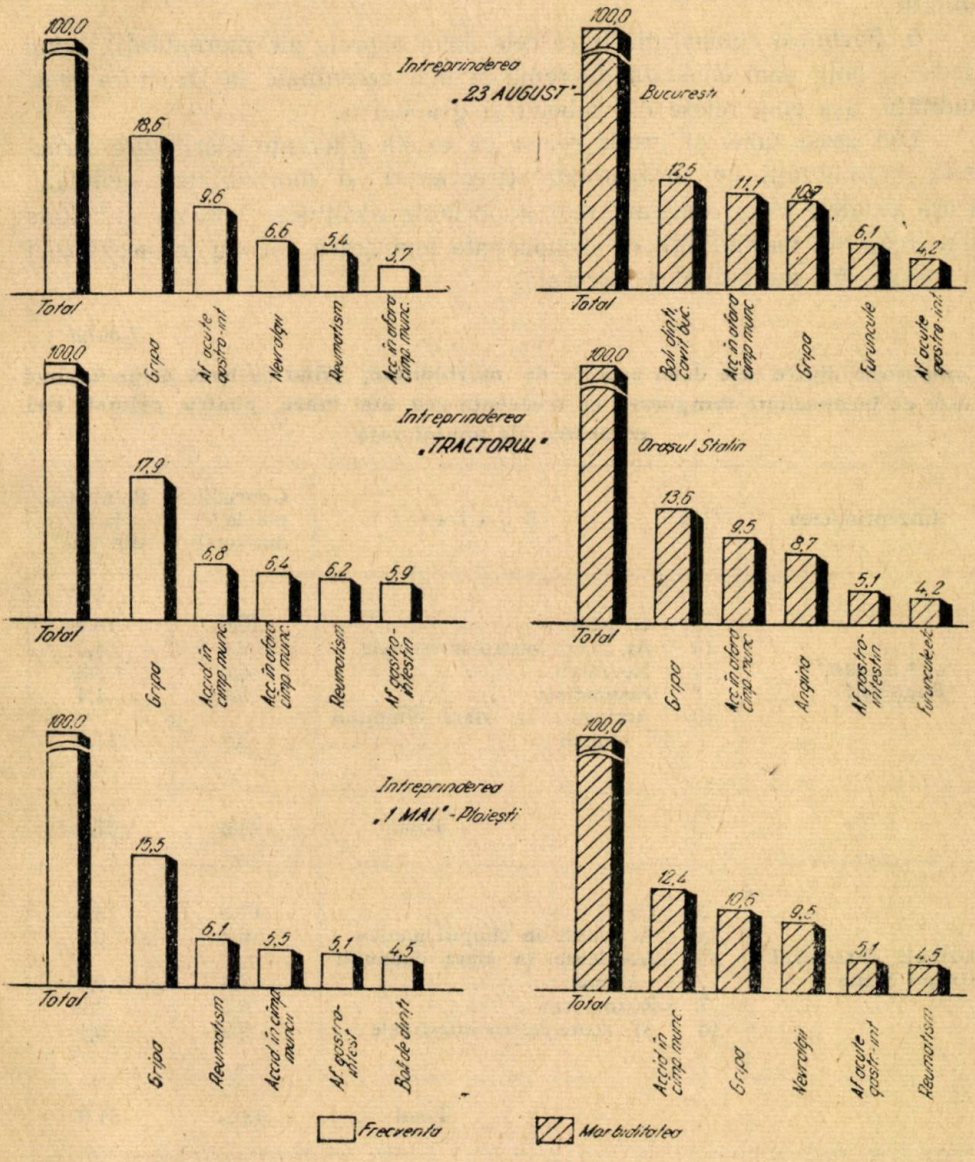
Tabelul 4

Morbiditatea generală şi frecvenţa morbidităţii cu incapacitate temporară în bolile cu greutate specifică mai mare pe primele 3 trimestre ale anului 1954

Uzinele „23 August" Bucureşti			
Frecvenţa		Morbiditatea	
Total	100,0	Total	100,0
Gripă	18,6	Boli de dinţi şi ale cav. bucale	12,5
Af. acute gastro-intestinale	9,6	Accid. în afara cîmpului muncii	11,1
Nevralgii	6,6	Gripă	10,7
Reumatism	5,4	Furuncule	6,1
Accid. în afara cîmpului muncii	3,7	Af. acute gastro-intestinale	4,2
„Tractorul" Or. Stalin			
Frecvenţa		Morbiditatea	
Total	100,0	Total	100,0
Gripă	17,9	Gripă	13,6
Accid. cîmp. muncii	6,8	Accid. în afara cîmp. muncii	9,5
Accid. în afara cîmp. muncii	6,4	Angină	8,7
Reumatism	6,2	Af. acute gastro-intestinale	5,1
Af. acute gastro-intestinale	5,9	Furuncule	4,2
„1 Mai" — Ploieşti			
Frecvenţa		Morbiditatea	
Total	100,0	Total	100,0
Gripă	15,5	Accid. cîmp. munc.	12,4
Reumatism	6,1	Gripă	10,6
Accid. cîmp. muncii	5,5	Nevralgii	9,5
Af. ac. gastro-intestinale	5,1	Af. ac. gastro-intestinale	5,1
Boli de dinţi	4,5	Reumatism	4,5

Dacă la Uzinele „23 August" gripa dă cea mai mare frecvenţă de morbiditate cu incapacitate, formînd 18,6% din total, în cadrul morbidităţii generale gripa ocupă locul al treilea, cu un indice structural doar de 10,7% din total. De asemenea, afecţiunile acute gastro-intestinale formează a doua cauză de incapacitate temporară cu un indice de 9,6% din total, în timp ce în cadrul morbidităţii generale ele ocupă locul al cincilea, cu un indice de numai 4,2% din total.

Graficul 4



Dacă luăm de exemplu gripa la Uzinele „Tractorul" din Orașul Stalin, vedem că, deși ocupă primul loc, atît în cadrul morbidității cu incapacitate temporară, cît și în cadrul celei generale, totuși indicele greutății specifice este în primul caz de 17,9%, iar în al doilea doar de 13,6% din total, deși în al doilea caz numărul bolnavilor este mai mare decît la morbiditatea cu incapacitate temporară.

În același fel se pot analiza și ceilalți indici, ceea ce ne arată că orice comparație între morbiditatea cu incapacitate și cea generală nu are nici un sens, fiind două aspecte cu totul diferite, bazate pe noțiuni cu totul diferite.

5. Făcînd o comparație între cele două aspecte ale morbidității, luînd aceleași boli, vom constata diferențe și mai accentuate în structura morbidității, așa cum reiese din tabelul și graficul 5.

Din acest tabel și grafic reiese că există diferențe mari între structura morbidității cu incapacitate (frecvența) și morbiditatea generală. Dacă primele cinci afecțiuni mai importante alcătuiesc aproape jumătate din frecvența morbidității cu incapacitate temporară, ele nu formează nici o treime din morbiditatea generală.

Tabelul 5

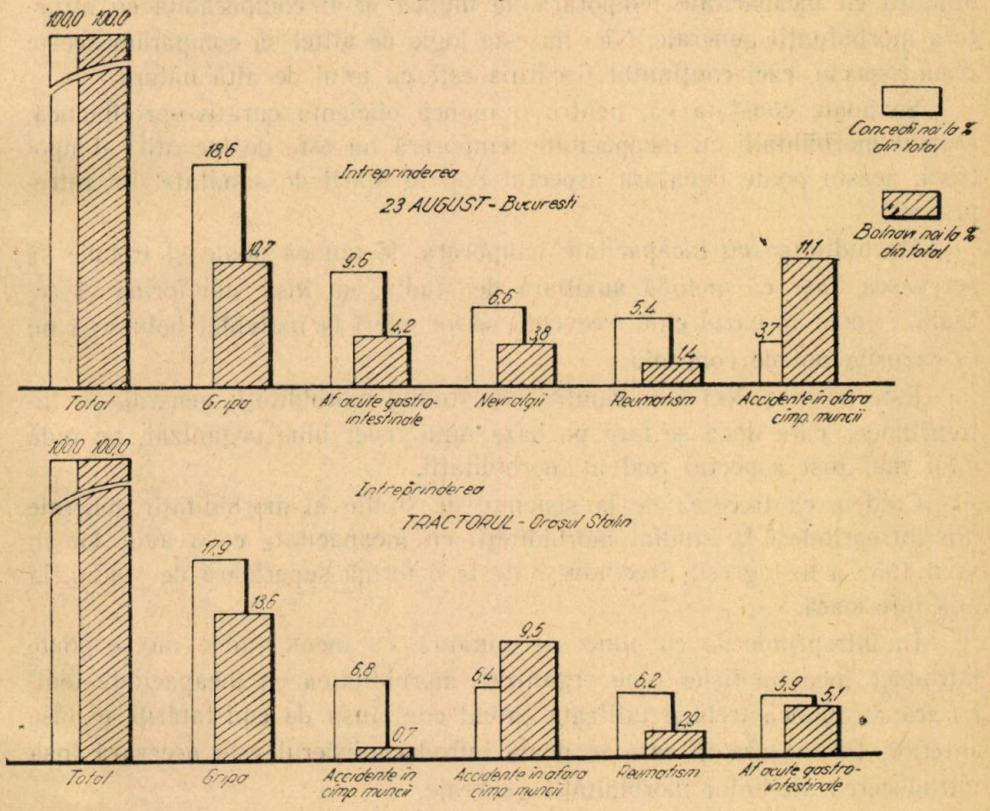
Comparația dintre cele două aspecte de morbiditate, luînd ca bază primele cinci cauze de incapacitate temporară cu frecvența cea mai mare, pentru primele trei trimestre ale anului 1954

Intreprinderea	Cod	Boala	Concedii noi la % din total	Boln. noi la % din total
„23 August" București	3	Gripă	18,6	10,7
	14	Af. acute gastro-intestinale	9,6	4,2
	17	Nevralgii	6,6	3,8
	7	Reumatism	5,4	1,4
	19	Accidente în afara cîmpului muncii	3,7	11,1
		Total	43,9	31,2
Uzinele „Tractorul" Orașul Stalin	3	Gripă	17,9	13,6
	18	Accidente în cîmpul muncii	6,8	0,7
	19	Accidente în afara cîmpului muncii	6,4	9,5
	7	Reumatism	6,2	2,9
	14	Af. acute gastro-intestinale	5,9	5,1
		Total	43,2	31 8

Deosebiri şi mai importante găsim atunci cînd studiem cauză de cauză, comparativ, cele două aspecte ale morbidităţii. Astfel, la S.M.S. „23 August", afecţiunile acute gastro-intestinale constituie 9,6% din totalul morbidităţii cu incapacitate, dar de-abia 4,2% din morbiditatea generală ; de asemenea, în reumatism, morbiditatea reală (în înţeles de caz nou de morbiditate) este de patru ori mai mică decît aceea cu incapacitate temporară. In acelaşi timp, accidentele dinafara cîmpului muncii dau o morbiditate reală de trei ori mai mare decît cea cu incapacitate temporară. Deosebiri la fel de importante se constată din tabel în cazul comparării celor două aspecte de morbiditate la S.M.S. „Tractorul" din Oraşul Stalin, ceea ce face ca prin studiul morbidităţii cu incapacitate să nu putem trage vreo concluzie justă în privinţa aspectului structurii reale a morbidităţii din întreprinderi.

6. Rămîne doar indicele gravităţii, care ne arată precis bolile dintr-o întreprindere care dau cele mai multe zile de incapacitate temporară de muncă, indiferent că este vorba de caz nou sau vechi de boală.

Grafic Nr. 5



Desigur că acest aspect nu ne poate ajuta în cunoaşterea structurii morbidităţii din întreprinderi, deoarece numeroase afecţiuni nu duc la necesitatea acordării concediului şi deci, pe baza acestui studiu, rămîn nedepistate numeroase boli acute şi aproape toate bolile cronice în faza lor incipientă.

Studiul morbidităţii pe baza indicelui de gravitate ne mai poate induce în eroare prin faptul că acordarea de concedii profilactice poate la un moment dat să ducă la mărirea acestui indice şi să tragem concluzia greşită că morbiditatea creşte în întreprinderea respectivă.

7. De asemenea, al treilea indice, durata medie de incapacitate temporară, ne poate duce în eroare, prin însăşi formula de calcul, prin împărţirea tuturor zilelor de incapacitate temporară, atît cele care au fost date pentru cazurile noi de concedii, cît şi pentru cele în continuare, doar la cazurile noi de concediu. Eroarea este mai ales la bolnavii cronici, care pot primi, cum s-a arătat, 5—6 concedii noi pe an.

★

In concluzie reiese că nu se poate accepta afirmaţia că structura morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă ar fi comparabilă cu structura morbidităţii generale. Nici nu este logic de altfel să comparăm aceste două aspecte, căci conţinutul fiecăruia este cu totul de altă natură.

Se poate constata că, pentru o muncă eficientă curativo-profilactică, studiul morbidităţii cu incapacitate temporară nu este de loc util; dimpotrivă, acesta poate denatura aspectul real al stării de sănătate din întreprinderi.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă poate şi trebuie să servească doar ca metodă auxiliară de studiu, nu însă sub forma ei actuală, ci doar în cazul cînd frecvenţa se va referi la individul bolnav şi nu la cazurile noi de concediu.

Este necesar deci a se reintroduce studiul morbidităţii generale în întreprinderi, care dacă se face pe baza unui fişier bine organizat, ne redă mult mai just aspectul real al morbidităţii.

Credem că trecerea de la sistemul de studiu al morbidităţii generale din întreprinderi la studiul morbidităţii cu incapacitate ce a avut loc în anul 1952 a fost greşit, trecîndu-se de la o formă superioară de studiu, la una inferioară.

In întreprinderile cu punct de sănătate cu medic, unde nu se poate introduce încă un fişier bine organizat, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă trebuie utilizată ţinînd cont însă de constatările expuse anterior. Pe măsura în care se poate introduce fişierul este necesară însă introducerea studiului morbidităţii generale.

In serviciile medico-sanitare de întreprindere, studiul morbidității generale se impune categoric, ca forma științifică a studiului stării de sănătate a muncitorilor, aceasta putînd fi comparată și cu morbiditatea teritorială a localității respective.

Morbiditatea cu incapacitate temporară poate fi însă utilizată, cum s-a arătat anterior, ca o metodă complementară, căutîndu-se a se studia pe cît posibil, nu numai concediul nou, ci omul bolnav, deci morbiditatea pe contingente.

Lucrare efectuată în cadrul Catedrei de organizare sanitară din I.P.S.M. (profesor Grom Leonida).

★

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

(Краткое содержание)

Автор указывает на то что, для того чтобы знать состояние здоровья рабочих на предприятии, изучение только заболеваемости на предприятиях является недостаточным и что методы этого изучения могут ввести в заблуждение, если они не сопровождаются изучением общей заболеваемости или заболеваемости по контингентам.

С практической точки зрения общая заболеваемость должна быть основанием изучения заболеваемости на предприятиях; изучение общей заболеваемости должно применяться во всех медико-санитарных частях предприятий, а по мере введения картотеки, — также и в санитарных пунктах предприятий, имеющих врача.

Заболеваемость с временной потерей трудоспособности должна быть использована как вспомогательный метод, но не в ее настоящей форме на основании числа вновь разрешенных отпусков, а в зависимости от числа больных.

Автор доказывает, что любое сравнение между этими двумя картинами: общей заболеваемостью и заболеваемостью с временной потерей трудоспособности — в целях установления тождественности или же сходства между их структурами — является нелогичным, так как оба явления не могут быть сравниваемы, даже при наличии некоторого сходства между ними; а речь идёт о двух совершенно различных вопросах: с одной стороны, — о новых случаях заболевания, а с другой — о новых отпусках по болезни, новым или же уже зарегистрированным больным.

Лечебно-профилактическая работа на предприятиях должна основываться не на заболеваемости с временной потерей трудоспособности, а на общей заболеваемости и должна опираться на очередные и периодические осмотры и т. д., с помощью которых болезни могут быть выявлены в их начальной, функциональной стадии.

★

L'étude de la morbidité dans les entreprises

L'auteur démontre que pour connaître l'état de santé des travailleurs dans différentes entreprises, ce n'est pas suffisant d'étudier la morbidité, telle qu'on le fait actuellement; cette recherche pourrait induire en erreur, si elle n'était pas complétée par l'étude de la morbidité générale, ou de la morbidité par catégories.

Du point de vue pratique, c'est la recherche sur la morbidité générale qui doit former le point de départ de l'étude de la morbidité dans les entreprises; ce principe doit être introduit dans tous les Services Médico-Sannitaires des entreprises, ainsi que dans les centres sanitaires des entreprises ayant un médecin, au fur et à mesure que le fichier médical y sera introduit.

La morbidité avec incapacité temporaire de travail doit être utilisée comme une méthode auxiliaire de recherche, mais non dans sa forme actuelle; elle doit être établie en tenant compte des personnes malades et non du nombre des nouveaux congés, accordés aux travailleurs.

L'auteur démontre que, toute comparasion entre la morbidité générale et la morbidité avec incapacité temporaire de travail ayant comme but de démontrer l'dentité ou la similitude de leur structure, est illogique, les deux aspects ne pouvant pas être comparés, même s'il existe entre eux une certaine ressemblance partielle; il s'agit, en réalité de deux problèmts, complétement différents; d'une part des cas de maladie récemment dépistés, de l'autre, des nouveaux congés accordés aux malades, anciens ou nouveaux.

L'activité curative et prophylactique dans les entreprises ne peut pas se baser sur la morbidité avec incapacité temporaire de travail, mais en premier lieu sur la morbidité générale, en tenant compte des consultations courantes, périodiques etc., avec l'aide de laquelle on peut découvrir les maladies dans leur phase fonctionnelle, de début.

Consideraţii asupra metodelor de cercetare a morbidităţii din întreprinderi, pe baza rezultatelor studiului morbidităţii dintr-o întreprindere metalurgică

I. Lăpuşan, E. Tudorache

Studiul morbidităţii din întreprinderi prezintă o importanţă deosebită pentru organizarea ocrotirii sănătăţii muncitorilor în perioada construirii socialismului în ţara noastră.

Acest studiu dă posibilitatea cunoaşterii sănătăţii muncitorilor în corelaţie cu condiţiile de muncă şi de trai şi cu activitatea unităţilor medico-sanitare.

Termenul de reducere a morbidităţii a luat, după cum arată prof. N. A. Vigdorcik, în lucrarea sa „Metoda de studiere a morbidităţii cu pierderea capacităţii de muncă", un înţeles nou, socialist. În afară de înţelesul pe care îl are ca obiectiv general al medicinei el capătă un înţeles mai restrîns, reprezentînd o lozincă combativă, de transpunere în practică a cuceririlor ştiinţei medicale, în vederea reducerii morbidităţii şi a incapacităţii de muncă.

Organizarea celor mai eficiente măsuri curativo-profilactice şi sanitaro-antiepidemice, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor şi vindecării muncitorilor bolnavi, are deci ca scop principal, pe lîngă ridicarea nivelului sanitar al acestora, şi reducerea incapacităţii de muncă. Atingerea acestor

obiective va constitui o importantă contribuţie la creşterea producţiei şi productivităţii muncii.

Organizarea acestor măsuri şi introducerea unor metode din ce în ce mai înaintate de asistenţă medicală, ca de exemplu dispensarizarea, nu pot fi realizate decît pe baza unei cunoaşteri temeinice a morbidităţii, fapt legat, la rîndul său, de utilizarea unor metode ştiinţifice de cercetare, corespunzătoare diferitelor etape de organizare a activităţii de ocrotire a sănătăţii muncitorilor.

Morbiditatea din întreprinderi poate fi cercetată prin trei metode:

1. metoda de studiere a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă;
2. metoda de studiere a morbidităţii generale;
3. metoda de studiere a morbidităţii pe baza examinării medicale în masă a muncitorilor.

Una din sarcinile de plan ale Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei, pe anul 1953, a constat în studierea metodelor de cercetare a morbidităţii din întreprinderi, pentru a se stabili care este metoda ce înfăţişează cît mai fidel şi mai complet variatele aspecte ale morbidităţii muncitorilor industriali, în ce măsură o metodă o completează pe cealaltă şi cînd se preconizează întrebuinţarea fiecăreia dintre cele trei metode.

Cercetarea a constat în studierea morbidităţii într-o întreprindere metalurgică, prin fiecare metodă menţionată, şi apoi compararea rezultatelor obţinute.

In cele ce urmează vom prezenta cîteva consideraţii în legătură cu importanţa fiecărei metode şi cu procedeele de cercetare utilizate.

★

M. M. Mazur, în articolul „Probleme în legătură cu studierea morbidităţii în întreprinderile industriale", arată că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, dacă este bine studiată, oglindeşte morbiditatea generală a colectivităţii respective şi poate servi drept bază pentru elaborarea planului de măsuri în vederea reducerii morbidităţii. De asemenea, prof. N. A. Vigdorcik, în lucrarea citată, arată că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă reprezintă un indice mult mai sigur al stării de sănătate a colectivităţii decît morbiditatea fără incapacitate de muncă.

Materialul documentar sovietic cercetat arată că studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă se poate face pe două căi: prin studiul curent şi prin studiul aprofundat.

Studiul curent serveşte la cunoaşterea din timp a cazurilor de îmbolnăvire, pentru depistarea sursei îmbolnăvirilor. El cuprinde evidenţa de semnalare zilnică şi evidenţa operativă lunară.

Medicul de întreprindere trebuie să aibă, atît zilnic, cît şi la intervale scurte de timp, o evidenţă a morbidităţii, pentru a putea urmări evoluţia acesteia şi a lua măsuri operative de prevenire şi combatere.

Evidenţa operativă lunară serveşte de asemenea pentru întocmirea raportului lunar, necesar în urmărirea îndeplinirii sarcinilor pe linia asigurărilor sociale.

Rezultă că studiul curent se limitează la o analiză a datelor pe în-

treprindere pe o perioadă mai scurtă de timp (zile, săptămîni, luni), utilizîndu-se o clasificare mai restrînsă a bolilor şi urmărindu-se scoaterea în evidenţă a anumitor aspecte mai caracteristice ale morbidităţii la un moment dat, în vederea luării unor măsuri operative.

In cadrul studiului curent intrînd şi sistemul de evidenţă şi raportarea lunară pentru nevoile asigurărilor sociale, care se efectuează numai pe întreprindere, şi întrucît pe baza acestor date se poate face numai o analiză sumară, este necesar, pentru a se obţine o imagine mai clară a morbidităţii şi pentru a se stabili legătura cu condiţiile de mediu şi de muncă, să se facă în completare o analiză lunară a morbidităţii pe secţiile şi atelierele mai mari.

Studiul aprofundat reprezintă o etapă superioară în cercetarea morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. Acest studiu se face la intervale mai mari de timp, pe semestre şi mai ales pe an. El constă dintr-o analiză amănunţită a diferitelor aspecte ale morbidităţii în corelaţie cu condiţiile de viaţă şi muncă şi cu activitatea de ocrotire a sănătăţii, urmărindu-se stabilirea tendinţei generale a morbidităţii şi măsurile complexe necesare pentru îmbunătăţirea sănătăţii muncitorilor.

Studiul aprofundat va cuprinde deci mai multe aspecte. In cadrul acestui studiu se va analiza morbiditatea în raport cu locul de muncă, cu profesia, cu sexul, cu vîrsta, cu vechimea în cîmpul muncii şi în întreprindere, etc. De asemenea, va cuprinde o analiză individuală a morbidităţii. Toate aceste aspecte vor trebui studiate pe baza unei clasificaţii mai amănunţite a bolilor.

In Uniunea Sovietică, clasificaţia cauzelor de îmbolnăvire s-a dezvoltat continuu, pentru a corespunde celor două căi ale studiului.

In prezent, pentru studiul curent se utilizează un cod prescurtat de 17 grupe nosologice, iar pentru studiul aprofundat se utilizează coduri mai largi, printre care citäm: codul propus de prof. N. A. Vigdorcik, conţinînd 54 de cauze, şi codul propus de prof. Navroţki, cuprinzînd 44 de cauze de îmbolnăvire.

La noi, pentru studiul curent se utilizează codul pe 20 grupe nosologice, care serveşte pentru raportarea lunară a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, către C. C. S. şi Ministerul Sănătăţii.

Pentru studiul aprofundat, am utilizat în cercetarea noastră un cod medical mai amănunţit, pe 51 cauze de îmbolnăvire. Acest cod a fost elaborat de noi pe baza unui studiu comparativ al repartiţiei structurale a cazurilor şi a indicilor de frecvenţă, greutate specifică şi gravitate pe codurile cunoscute în studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Am folosit în cercetare indicaţia dată de M. M. Mazur şi de alţi autori, după care datele dintr-un certificat de boală caracterizează, numai pentru perioade limitate, etiologia şi durata bolii. Ele nu scot în evidenţă caracterul afecţiunii în perioada anterioară şi consecutivă certificatului, cu atît mai puţin în cazul afecţiunilor cronice, cînd pierderea capacităţii de muncă reprezintă numai un episod, care se poate repeta de mai multe ori la acelaşi bolnav.

De aceea, am luat ca unitate de cercetare cazul de îmbolnăvire lichidat, însumînd datele certificatelor acordate unui bolnav pentru aceeaşi boală, şi nu cazul declarat (cazul cu certificat iniţial). In acest fel am

obținut cazul cu incapacitate de muncă încheiat, care exprimă mult mai corect cazul de îmbolnăvire.

Acest procedeu dă posibilitatea unei aprecieri critice a modificărilor de diagnostic pentru stabilirea diagnosticului just și permite de asemenea să se obțină o definire justă a noțiunii de prelungire a cazului.

In această privință există o deosebire metodologică între studiul curent și studiul aprofundat. Astfel, în cadrul raportării lunare, se utilizează ca unitate de cercetare cazul cu certificat inițial. Această unitate statistică se utilizează, avînd în vedere că evidența operativă trebuie să servească unor scopuri practice imediate de cunoaștere a morbidității și incapacității de muncă în vederea luării măsurilor necesare.

Or, pentru cunoașterea operativă a morbidității nu se poate aștepta pînă la terminarea cazului de îmbolnăvire, pînă la vindecarea lui, care în multe cazuri, în special în cazul bolilor de lungă durată, presupune trecerea unei perioade de timp mai îndelungate (cîteva luni sau ani), cu eliberarea mai multor certificate de boală la diferite intervale de timp, mai mult sau mai puțin îndepărtate unul de altul.

De aceea, pentru satisfacerea scopurilor urmărite prin evidența operativă lunară, este necesar să se ia ca unitate cazul cu certificat inițial (cazul declarat), la care se însumează zilele de incapacitate din certificatele eliberate în continuare pentru cazul respectiv. In aceste condiții, prelucrarea datelor pentru întocmirea raportului lunar se face pe baza certificatelor prezentate pentru plată în luna respectivă, neținînd seamă de faptul dacă bolnavul s-a vindecat sau nu. Aceste date nu oglindesc însă morbiditatea reală, frecvența cazurilor fiind mai mare, întrucît un bolnav care are mai multe certificate inițiale este luat de fiecare dată drept caz nou, deși el suferă de aceeași boală. Acest lucru este valabil în special în cazul bolilor cronice. Afară de aceasta, în multe cazuri diagnosticul nu se precizează de la primul certificat, întrucît un caz de îmbolnăvire cu mai multe certificate poate fi încadrat la cauze de îmbolnăvire diferite în raport cu diagnosticele intermediare, puse pînă la stabilirea diagnosticului definitiv. De asemenea, raportul lunar nu cuprinde nici incapacitatea de muncă reală, întrucît unele certificate cuprind, pe lîngă zilele de incapacitate din luna respectivă, și zile din luna precedentă, care se însumează la luna pentru care se întocmește raportul, deci la luna în care muncitorul s-a întors la lucru și certificatul a fost prezentat pentru plată.

Avînd în vedere aceste considerente, pentru cunoașterea reală a morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă este necesar să se facă studiul aprofundat, în care să se ia ca unitate de cercetare cazul de îmbolnăvire propriu-zis, însumînd toate certificatele acordate pentru aceeași boală.

★

Studiul morbidității generale se bazează pe datele evidenței curente a consultațiilor din registrele de consultații sau din fișele individuale de consultații, acolo unde acestea sînt introduse. Fișele individuale de consultații reprezintă un material de bază mult mai complet decît registrele de consultații, care nu cuprind o serie de elemente, ca secția sau atelierul,

profesia, vechimea în întreprindere şi în cîmpul muncii. In acelaşi timp, fişa dă posibilitatea stabilirii corecte a diagnosticului şi urmăririi evolutive a bolnavului, constituind o foaie de observaţie de ambulator a acestuia.

In lucrarea noastră am utilizat datele din registrele de consultaţii, acestea constituind evidenţa primară la punctul de sănătate al întreprinderii pe anul 1952.

Ca unitate de studiu am luat tot cazul de îmbolnăvire lichidat, însumînd datele consultaţiilor acordate pentru un caz cu aceeaşi boală în cursul anului.

★

A treia metodă de cercetare a morbidităţii pe baza examinării medicale în masă poate fi constituită de o examinare medicală periodică, efectuată de medicul întreprinderii, sau de o examinare medicală complexă, efectuată de o echipă de specialişti.

Examinarea medicală complexă a găsit o aplicare sistematică în U.R.S.S., atît în cercetarea stării de sănătate în general, cît şi pentru examinarea medicală în masă a muncitorilor industriali şi colhoznicilor, în vederea selecţionării cazurilor pentru dispensarizare.

Am încercat aplicarea acestei metode în cursul celui de-al doilea semestru al anului 1953, în întreprinderea studiată. Examinarea a fost făcută de o echipă de medici specialişti, împreună cu medicul punctului de sănătate al întreprinderii. Examinarea medicală complexă de la această întreprindere a avut două scopuri: în primul rînd, rezultatele examinării trebuiau să servească pentru stabilirea contingentelor de bolnavi care urmau să fie dispensarizaţi, metodă care se experimentează în această întreprindere; în al doilea rînd, s-a urmărit să se facă analiza morbidităţii pe baza acestei metode, în vederea comparării cu celelalte metode de cercetare.

Pentru înregistrarea datelor examinării medicale complexe, au fost utilizate fişele individuale de consultaţii, urmînd ca această formă de evidenţă primară să înlocuiască registrele de consultaţii. Aceste fişe au putut servi direct prelucrării datelor, nefiind necesară transcrierea pe fişe intermediare. N-au fost examinaţi toţi salariaţii din întreprindere, în primul rînd din cauză că nu s-a putut organiza o echipă medicală complexă, care să lucreze efectiv tot timpul zilei pînă la terminarea examinării, medicii acestei echipe fiind scoşi din munca de spital aproximativ 2 ore pe zi. In al doilea rînd, prezentarea muncitorilor la examinare a avut deficienţe, întrucît aceasta se făcea în timpul producţiei, astfel că de multe ori muncitorii nu puteau părăsi locul de muncă pentru a nu produce perturbări în procesul de producţie. In afară de aceasta, au mai intervenit şi concediile muncitorilor în perioada respectivă. Pentru a nu se prelungi prea mult durata examinării, au fost consultaţi numai ceva mai mult de o treime din numărul muncitorilor. Ţinîndu-se seama de această situaţie, au fost examinaţi în primul rînd muncitorii din atelierele despre care se ştia că prezintă condiţii de muncă mai grele şi cele mai multe noxe. Astfel, au fost examinaţi muncitorii de la fierărie şi turnătorie într-o proporţie mai mare (83,0%), apoi de la

lăcătuşerie (77,5%), ajustaj-construcţii-montaj (73,2%), strungărie (68,8%) şi întreţinere (61,7%).

Nu au fost examinaţi salariaţii secţiei administrative şi ai şcolii de calificare.

★

Studiul diferenţiat al morbidităţii pe ateliere, profesii, sexe, vîrste, şi vechime în întreprindere a fost posibil în mod complet numai la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă. La morbiditatea generală, studiul nu s-a putut face decît pe întreprindere, sexe şi grupe de vîrstă, celelalte date nefiind cuprinse în evidenţa primară. La morbiditatea prin examinarea în masă, deşi datele se înregistrau pe fişe, cuprinzîndu-se astfel grupările de mai sus, totuşi nu s-a putut face comparaţia pe aceste aspecte, din cauza cifrelor mici de salariaţi examinaţi şi a cifrelor şi mai mici de cazuri pe aceste grupări.

Considerăm că deosebirea în ceea ce priveşte cuprinderea în studiu a salariaţilor din toate atelierele şi secţiile întreprinderii prin cele două metode (morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi morbiditatea generală) şi necuprinderea salariaţilor administrativi în cadrul examinării medicale complexe nu reprezintă un impediment pentru tragerea concluziilor privind compararea de ansamblu a celor trei metode, în raport cu scopul urmărit de studiu. Acest lucru va ieşi în evidenţă din compararea datelor morbidităţii.

De altfel, pentru compararea rezultatelor celor trei metode, considerăm suficiente datele pe întreprindere, care oglindesc în linii mari şi repartiţia pe celelalte grupări.

In tabelele pe care le vom prezenta în continuare am extras, din codul de 51 de cauze, formele şi grupele nosologice mai importante.

Pentru compararea datelor pe întreprindere şi cauze, am utilizat ca indici frecvenţa şi greutatea specifică. Comparaţia în continuare pe sexe şi grupe de vîrstă am făcut-o numai pe baza indicelui de frecvenţă, neconsiderînd necesară prezentarea comparativă a indicelui de greutate specifică, întrucît analiza acestuia a dus la aceleaşi concluzii ca şi comparaţia pe întreprindere şi cauze a celor doi indici (frecvenţă şi greutate specifică). Menţionăm că studiul comparativ al celor trei metode s-a făcut numai pe baza analizei statistice a datelor, neconsiderîndu-se necesară pentru scopul urmărit în acest studiu analiza de interpretare în corelaţie cu condiţiile de mediu.

★

Vom prezenta în continuare datele mai importante, obţinute din compararea celor trei metode de cercetare.

Dăm în tabelul 1 numărul salariaţilor, cazurilor şi indicii de frecvenţă pe întreprindere.

Analiza datelor arată că indicele de frecvenţă al morbidităţii generale este de patru ori mai ridicat decît al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. Indicele morbidităţii pe baza examinării medicale complexe este de aproximativ jumătate faţă de morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, şi de aproximativ cinci ori mai scăzut decît al morbi-

Tabelul 1

Morbiditatea	Nr. salariaţilor	Cazuri	Frecvenţă
Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă	899 (media anuală)	1033	114,9
Morbiditatea generală	899 „	3537	393,4
Morbiditatea pe baza examenului medical complex	428 (salariaţi examinaţi)	295	68,9

dităţii generale. Aceste diferenţe se explică la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă prin cuprinderea numai a cazurilor mai grave de îmbolnăvire care au necesitat scutire de muncă, la morbiditatea generală prin cuprinderea tuturor cazurilor de îmbolnăvire (cu şi fără incapacitate de muncă) şi la morbiditatea pe baza examenului medical complex prin cuprinderea numai a cazurilor stabilite la un moment dat.

Prezentăm în tabelul 2 indicii de frecvenţă pe cauze principale *.

Analizînd datele din tabelul nr. 2, constatăm că repartiţia pe cauze prezintă anumite asemănări, precum şi unele deosebiri între morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi morbiditatea generală. Nu acelaşi lucru se întîmplă cu examinarea medicală complexă, care arată deosebiri importante în structura morbidităţii faţă de celelalte două metode.

Din compararea datelor morbidităţii cu incapacitatea temporară de muncă şi a datelor morbidităţii generale rezultă că gripa şi accidentele de muncă au indicii de frecvenţă cei mai ridicaţi prin ambele metode. Afecţiunile gastro-intestinale acute, reumatismul, apendicita, angina-amigdalita, bronşita prezintă indici ridicaţi prin ambele metode, cu deosebirea că frecvenţa ca ordine nu este exact aceeaşi de la o metodă la alta. Astfel, bronşita are un indice de frecvenţă mai ridicat decît celelalte cauze la morbiditatea generală, fiind a treia cauză în ordine după gripă şi accidente de muncă, iar reumatismul are un indice mai ridicat decît afecţiunile gastro-intestinale acute.

În ceea ce priveşte deosebirile dintre cele două metode, constatăm în continuare că o serie de cauze prezintă indici de frecvenţă cu diferenţe foarte mici, în timp ce o altă serie de cauze prezintă diferenţe mari, indicele de frecvenţă fiind mult mai ridicat la morbiditatea generală faţă de morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă.

* Pentru întocmirea tabelului Nr. 2, am extras, din codul de 51 de cauze, formele nosologice care au prezentat indici mai ridicaţi.

Deoarece detalierea bolilor în codul de 51 de cauze făcea dificilă comparaţia la anumite boli, cifrele fiind mai mici, am făcut unele grupări ale acestora. Astfel, am grupat bolile aparatului cardio-vascular, cu excepţia hipertensiunii arteriale. De asemenea, am grupat accidentele de muncă, bolile infecţioase şi parazitare şi nevralgii-nevrite-radiculite.

Tabelul 2

Cauze	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	Morbiditatea generală	Examinarea medicală complexă
Gripă	22,9	46,4	—
Accidente de muncă	16,3	29,4	0,2
Afecţiuni gastro-intestinale acute	5,6	15,0	—
Reumatism acut şi cronic	4,7	20,2	3,5
Apendicită	4,6	10,8	2,7
Angină-amigdalită	4,5	10,7	2,1
Bronşită	4,1	21,2	3,5
Accidente neprofesionale	3,3	10,1	1,0
Afecţiuni inflamatorii ale pielii	3,3	9,0	—
Pneumonii şi bronhopneumonii	3,1	3,8	—
Boli de ficat şi ale căilor biliare	2,9	15,3	5,2
Tuberculoză pulmonară	2,7	5,7	3,5
Alte boli oto-rino-laringologice	2,7	15,1	4,1
Afecţiuni pleurale	2,5	10,0	2,1
Boala ulceroasă	2,2	6,3	2,0
Nevralgii-nevrite-radiculite (lumbago)	2,2	27,2	0,6
Boli infecţioase şi parazitare	2,2	14,2	—
Afecţiuni gastro-intestinale cronice	2,1	15,2	7,7
Bolile aparatului cardio-vascular fără hipertensiune arterială	1,6	4,7	5,5
Hipertensiune arterială	1,1	4,9	11,8

Astfel, afecţiunile inflamatorii ale pielii, pneumoniile şi bronhopneumoniile, bolile aparatului cardio-vascular, tuberculoza pulmonară şi boala ulceroasă prezintă indici de frecvenţă cu diferenţe mici, ocupînd un loc mai important în cadrul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, în timp ce la morbiditatea generală se situează printre cauzele cu indici mijlocii sau scăzuţi.

În schimb, alte cauze cum sînt: nevralgii-nevrite-radiculite, bolile gastro-intestinale cronice, bolile de ficat şi căi biliare, bolile infecţioase şi parazitare, bolile oto-rino-laringologice şi afecţiunile pleurale, prezintă diferenţe mai mari între cele două metode. Aceste diferenţe sînt legate de faptul că multe cazuri de îmbolnăvire prin aceste boli nu prezintă gravitate, încît nu necesită decît un tratament ambulatoriu, iar scutirile de muncă sînt mai rare. Diferenţe mari prezintă şi unele din cauzele menţio-

nate ca avînd morbiditatea ridicată prin ambele metode, ca bronşita, reumatismul, angina-amigdalita şi chiar gripa şi accidentele de muncă. Bolile de mai sus ocupă un loc mai important în cadrul morbidităţii generale decît la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, situîndu-se ca frecvenţă înaintea cauzelor citate în alineatul anterior.

Spre deosebire de ordinea frecvenţei cazurilor pe cauze prin cele două metode menţionate, la examinarea medicală complexă, indicii de frecvenţă cei mai ridicaţi îi prezintă hipertensiunea arterială, afecţiunile gastro-intestinale cronice, bolile aparatului cardio-vascular, bolile de ficat şi căi biliare, bolile oto-rino-laringologice, reumatismul, bronşita şi tuberculoza pulmonară.

O serie de cauze cu caracter acut, care la morbiditatea prin celelalte două metode dau indici mai mult sau mai puţin ridicaţi, prin examinarea medicală complexă nu prezintă de loc cazuri, cum sînt: gripa, bolile infecţioase şi parazitare, pneumoniile şi bronhopneumoniile, afecţiunile gastro-intestinale acute, afecţiunile inflamatorii ale pielii, iar grupul nevralgii-nevrite-radiculite a prezentat numai două cazuri.

Rezultă deci că, prin examinarea medicală în masă sînt scoase în evidenţă cazurile de boli cronice şi cazurile incipiente de îmbolnăvire în faza preclinică.

Vom analiza în continuare structura morbidităţii pe cauze, prin prisma indicelui de greutate specifică.

Dăm în tabelul 3 indicii de greutate specifică pe cauze principale.

Analizînd structura morbidităţii pe cauze prin prisma indicelui de greutate specifică, constatăm o repartiţie în general asemănătoare cu a frecvenţei pe cauze.

Cei mai ridicaţi indici de greutate specifică, atît la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, cît şi la morbiditatea generală, îi dau gripa şi accidentele de muncă. Spre deosebire de indicele de frecvenţă, care este mult mai ridicat la ambele cauze, la morbiditatea generală greutatea specifică este mai scăzută prin această metodă faţă de cealaltă, ca un rezultat al repartizării cazurilor pe cauze, indicele greutăţii specifice reprezentînd proporţia cazurilor de îmbolnăvire pe cauze, faţă de totalul cazurilor = 100.

Indici de greutate specifică mai ridicaţi îi prezintă în continuare afecţiunile gastro-intestinale acute, reumatismul acut şi cronic, apendicita, angina-amigdalita şi bronşita, deci aceleaşi cauze care au prezentat şi indici de frecvenţă ridicaţi, cu o ordine puţin schimbată la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă (afecţiunile gastro-intestinale acute înaintea reumatismului şi apendicita înaintea anginei-amigdalitei).

Şi la indicele greutăţii specifice există anumite deosebiri privind nivelul şi ordinea indicilor între cele două metode.

O serie de cauze prezintă indici de un nivel apropiat prin cele două metode. Astfel sînt: afecţiunile inflamatorii ale pielii, pneumoniile şi bronhopneumoniile, bolile aparatului cardio-vascular, boala ulceroasă, hipertensiunea arterială, accidentele neprofesionale, deci aproximativ aceleaşi cauze care au şi indici de frecvenţă apropiaţi. Deosebirea constă în faptul că, la majoritatea acestor cauze, greutatea specifică este mai mică la morbiditatea generală faţă de morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă.

In schimb, grupul nevralgii-nevrite-radiculite, bronşita, afecţiunile

Tabelul 3

Cauze	Greutatea specifică		
	Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă	Morbiditatea generală	Morbiditatea prin examinarea medicală complexă
Gripă	19,9	11,8	—
Accidente de muncă	14,2	7,4	0,3
Afecţiuni gastro-intestinale, acute	4,8	3,8	—
Reumatism acut şi cronic	4,1	5,1	5,1
Apendicita	4,0	2,7	3,7
Angina-amigdalita	3,9	2,7	3,1
Bronşita	3,6	5,4	5,1
Accidente neprofesionale	2,9	2,6	1,4
Afecţiuni inflamatorii ale pielii	2,9	2,3	—
Pneumonii şi bronhopneumonii	2,7	1,0	—
Boli de ficat şi căi biliare	2,5	3,9	7,5
Tuberculoza-pulmonară	2,3	1,4	5,1
Boli oto-rino-laringologice	2,3	3,8	5,8
Afecţiuni pleurale	2,1	2,5	3,1
Nevralgii-nevrite-radiculite	1,9	6,9	0,7
Boala ulceroasă	1,9	1,6	2,7
Boli infecţioase şi parazitare	1,9	3,6	—
Afecţiuni cronice gastro-intestinale	1,8	3,9	11,2
Bolile aparatului cardio-vascular	1,3	1,2	7,8
Hipertensiune arterială	1,0	1,2	17,0

gastro-intestinale cronice, bolile de ficat şi căi biliare, bolile infecţioase şi parazitare şi bolile oto-rino-laringologice prezintă, ca şi la frecvenţă (însă într-o proporţie mai mică), indici de greutate specifică mai ridicaţi la morbiditatea generală, ocupînd un loc mai important în ordinea cauzelor prin această metodă, faţă de o parte din cauzele citate anterior.

Din comparaţia greutăţii specifice pe cauze a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi a morbidităţii generale cu morbiditatea pe baza examinării medicale complexe, constatăm aceleaşi deosebiri structurale ca şi la frecvenţă.

Indicii cei mai ridicaţi îi prezintă hipertensiunea arterială, afecţiunile gastro-intestinale cronice, bolile aparatului cardio-vascular, bolile

de ficat şi căi biliare, bolile oto-rino-laringologice, reumatismul, bronşita şi tuberculoza pulmonară. Aceste cauze prezintă indici de greutate specifică mult mai ridicaţi prin examinarea medicală complexă, datorită faptului că un număr însemnat de cauze cu caracter acut n-au prezentat de loc cazuri, indicii dispersîndu-se pe un număr mai mic de cauze. Excepţie face bronşita, al cărei indice de greutate specifică este puţin mai ridicat la morbiditatea generală.

★

Pentru compararea datelor pe sexe şi grupe de vîrstă ne vom servi numai de datele morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi ale morbidităţii generale. Intrucît examinarea medicală complexă a cuprins foarte puţine femei, iar repartiţia pe grupe de vîrstă a dus la cifre mici, neconcludente, datele nu au putut fi analizate prin această metodă.

Redăm în tabelul 4 indicii de frecvenţă pe sexe, prin cele două metode menţionate.

Tabelul 4

Sexul	Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă	Morbiditatea generală
	Indice de frecvenţă	Indice de frecvenţă
Masculin	107,0	350,6
Feminin	182,0	755,8

Din examinarea indicelui de frecvenţă pe sexe, se constată o asemănare între morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi morbiditatea generală, frecvenţa fiind prin ambele metode mult mai ridicată la sexul feminin. Deosebirea constă în faptul că disproporţia este mai mare la morbiditatea generală, avînd un indice mai ridicat de două ori la sexul feminin şi denotînd o morbiditate mult mai ridicată la acest sex. Această disproporţie este legată şi de procentul mult mai scăzut al femeilor, care reprezintă numai 10,6% din totalul salariaţilor, cifrele mici ducînd la o exagerare a indicilor.

Dăm în tabelul 5 indicii de frecvenţă pe sexe şi cauze principale.

După cum rezultă din tabelul nr. 5, indicii sînt în general mai ridicaţi la sexul feminin. Cauzele cu indicii mai ridicaţi sau mai scăzuţi pe sexe îşi menţin însă proporţia faţă de indicii pe întreprindere. Indicii considerabil mai ridicaţi la sexul masculin sînt daţi de traumatismele de muncă şi boala ulceroasă, iar la sexul feminin, de afecţiunile organelor genitale, de bolile de ficat şi căi biliare, afecţiunile gastro-intestinale cronice şi bolile oto-rino-laringologice (la morbiditatea generală).

Dăm în tabelul 6 indicii de frecvenţă pe grupe de vîrstă.

Tabelul 5

CAUZE	Sexul masculin		Sexul feminin	
	Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă	Morbiditatea generală	Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă	Morbiditatea generală
Gripă	20,7	43,9	42,1	67,4
Accidente de muncă	17,9	31,2	3,2	13,7
Reumatismul acut şi cronic	4,0	17,2	10,5	46,3
Afecţiuni gastro-intestinale acute	5,3	13,4	7,4	28,4
Angină-amigdalită	4,0	9,8	8,4	17,9
Apendicită	4,0	8,7	9,5	28,4
Bronşită	3,9	20,8	6,3	25,3
Pneumonii şi bronhopneumonii	3,4	3,9	1,0	3,2
Afecţiuni inflamatorii ale pielii	3,4	9,2	3,2	7,4
Accidente neprofesionale	3,1	9,3	5,3	16,8
Tuberculoză pulmonară	2,5	5,5	4,2	7,4
Boli oto-rino-laringologice	2,5	14,3	4,2	22,1
Afecţiuni pleurale	2,5	9,5	2,1	14,7
Boala ulceroasă	2,4	7,0	1,0	1,0
Afecţiuni gastro-intestinale cronice	2,4	13,8	—	27,4
Nevralgii-nevrite-radiculite	2,2	23,3	2,0	61,1
Boli de ficat şi căi biliare	1,6	9,2	13,7	67,4
Boli endocrine	0,5	4,1	4,2	33,7
Afecţiuni ale organelor genitale feminine	—	—	13,7	35,8

Tabelul

Grupe de vîrstă	Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă	Morbiditatea generală
Total	114,9	393,4
0 — 19 ani	86,3	440,4
20 — 29 de ani	120,1	388,7
30 — 39 de ani	129,7	413,7
40 — 49 de ani	112,7	348,7
50 de ani şi peste	119,4	385,7

Din comparaţia indicelui de frecvenţă pe grupe de vîrstă rezultă că între morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi morbiditatea generală există unele deosebiri în ceea ce priveşte indicii globali pe întreprindere.

Astfel, la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă indicele cel mai ridicat îl prezintă grupa 30—39 de ani, după care urmează grupa 20—29 de ani şi grupa 0—19 ani, avînd cel mai coborît indice.

La morbiditatea generală, indicele cel mai ridicat îl prezintă grupa 0—19 ani, deci tocmai grupa cu indicele cel mai scăzut prin metoda precedentă, după care urmează grupa 30—39 de ani.

Rezultă că deşi grupa de vîrstă 0—19 ani prezintă îmbolnăviri mai frecvente, acestea au un caracter mai uşor, cu o incapacitate de muncă mai redusă.

In ceea ce priveşte morbiditatea pe cauze şi grupe de vîrstă, există un paralelism marcant al repartiţiei cazurilor între cele două metode.

Dăm în tabelul 7 indicii de frecvenţă pe grupe de vîrstă şi cauze mai importante.

După cum se vede din tabelul nr. 7, gripa şi accidentele de muncă ocupă primul loc la toate grupele de vîrstă prin ambele metode, cu o tendinţă de scădere progresivă la grupele de vîrstă mai înaintată. Angina-amigdalita, apendicita, afecţiunile inflamatorii ale pielii, bolile oto-rino-laringologice, conjunctivita, prezintă de asemenea indici mai ridicaţi la primele grupe de vîrstă. O serie de cauze prezintă indici mai scăzuţi la grupele tinere faţă de grupele adulte şi mai ales bătrîne. Astfel sînt: reumatismul, afecţiunile cronice ale aparatului digestiv, boala ulceroasă, bolile de ficat şi căi biliare, grupul nevralgii-nevrite-radiculite şi afecţiunile cardio-vasculare.

Trebuie relevat că diferitele cauze ale căror indici scad progresiv prin ambele metode, de exemplu: gripa, accidentele de muncă, afecţiunile inflamatorii ale pielii, etc., prezintă o scădere mai accentuată a indicilor morbidităţii generale decît ai morbidităţii cu incapacitate de muncă.

De asemenea, la cauzele care prezintă indici în creştere progresivă,

Tabelul 7

Cauze	Metoda	Grupe de vîrstă				
		0—19	20—29	30—39	40—49	50 şi peste
Gripă	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	17,1	25,0	26,4	21,2	22,4
	Morbiditatea generală	69,2	46,5	49,5	33,9	30,6
Accidente de muncă	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	21,9	21,0	17,5	11,2	11,2
	Morbiditatea generală	65,7	28,2	23,0	16,4	15,3
Reumatism acut şi cronic	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	1,4	2,5	6,0	8,5	6,1
	Morbiditatea generală	13,0	9,1	24,7	28,0	39,8
Afecţiuni gastro-intestinale acute	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	2,7	6,0	4,9	6,9	7,1
	Morbiditatea generală	15,7	14,8	13,2	14,3	19,4
Afecţiuni gastro-intestinale cronice	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	—	2,1	1,6	3,2	4,1
	Morbiditatea generală	9,6	12,7	17,0	17,5	23,5
Angină-amigdalită	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	6,8	3,5	3,3	2,1	—
	Morbiditatea generală	26,0	13,0	7,7	3,7	—
Apendicită	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	8,2	7,0	3,3	1,1	1,0
	Morbiditatea generală	18,5	12,3	11,5	5,8	3,1
Bronşită	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	2,7	2,1	3,8	7,4	6,1
	Morbiditatea generală	24,6	13,4	18,1	26,9	33,7
Afecţiuni inflamatorii ale pielii	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	5,5	2,8	3,1	2,1	4,1
	Morbiditatea generală	17,1	9,1	0,7	4,8	8,2
Boli de ficat şi căi biliare	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	1,4	2,8	4,4	3,7	1,0
	Morbiditatea generală	4,1	18,7	19,8	17,5	10,2
Nevralgii-nevrite-radiculite	Morbiditatea cu incapacitate dn muncă	—	1,4	3,3	2,6	5,1
	Morbiditatea generală	20,6	25,7	29,1	26,9	38,8
Boala ulceroasă	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	—	1,8	2,7	3,7	3,1
	Morbiditatea generală	1,4	4,2	10,4	6,9	11,2
Hipertensiunea arterială	Morbiditatea cu incapacitate de muncă	—	—	0,6	1,1	7,1
	Morbiditatea generală	—	0,3	2,2	5,8	28,6

creşterea este mai mare la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi nivelul este mai ridicat la grupele de vîrstă mai înaintate faţă de grupele tinere, datorită gravităţii mai mari a cazurilor de îmbolnăvire.

După cum se vede din comparaţia datelor morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi ale morbidităţii generale pe sexe şi grupe de vîrstă, se constată aceleaşi asemănări şi deosebiri în repartiţia structurală a morbidităţii pe cauze, ca şi pe întreprindere.

Concluzii

Pe baza comparării rezultatelor celor trei metode de cercetare a morbidităţii din întreprinderi, am tras următoarele concluzii:

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă este o metodă de primă importanţă în cunoaşterea sănătăţii muncitorilor industriali. Ea poate servi la efectuarea studiului curent şi aprofundat al morbidităţii, scoţînd în evidenţă diferitele aspecte ale morbidităţii în corelaţie cu condiţiile de viaţă şi muncă şi cu activitatea de ocrotire a sănătăţii.

Prin faptul că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă cuprinde cazuri de îmbolnăvire mai grave, care au necesitat scutire de muncă, şi prin faptul că ea poate fi studiată pe diferite grupări legate de locul de producţie, vechime, etc., această metodă oglindeşte caracteristicile esenţiale ale morbidităţii din întreprinderi.

Morbiditatea generală redă morbiditatea cu şi fără pierderea capacităţii de muncă.

Un număr însemnat de cazuri cuprinse în morbiditatea generală corespund manifestărilor incipiente ale bolilor care, primind asistenţă medicală corespunzătoare şi la timp, n-au necesitat scutire temporară de muncă. De asemenea, ea cuprinde microtraumatismele.

Deci, studiul morbidităţii generale poate scoate în evidenţă depistarea şi tratamentul precoce al cazurilor de îmbolnăvire şi prevenirea agravării lor.

Studiul morbidităţii generale cuprinde în plus, faţă de celelalte două metode, aspectele activităţii unităţilor prin analiza consultaţiilor. Metoda prezintă unele lipsuri şi anume: ea nu cuprinde cazurile rezultate din consultaţiile date de alte unităţi, ca de exemplu unităţile medicale de domiciliu sau unităţile care acordă consultaţii de specialitate în cazul punctelor de sănătate medicale (în cercetarea noastră n-am urmărit stabilirea numărului acestor cazuri). Ea nu dă posibilitatea studierii tuturor aspectelor morbidităţii, ca de exemplu datele legate de locul de producţie, vechime, etc., aceasta în cazul utilizării ca evidenţă primară a registrelor de consultaţii (aceste date apar în cazul utilizării fişelor de consultaţii). De asemenea, nu cuprinde datele privind incapacitatea temporară de muncă.

Din compararea datelor morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă şi ale morbidităţii generale, se constată anumite asemănări în repartiţia structurală pe cauze şi pe unele caracteristici, cum sînt sexul şi vîrsta, un număr însemnat din cauzele mai importante avînd indici ridicaţi prin ambele metode. Există însă şi unele deosebiri, indicii fiind în general mai ridicaţi la morbiditatea generală, unele cauze înregistrînd diferenţe mari faţă de morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă.

Pe baza asemănărilor dintre cele două metode şi prin faptul că

morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă cuprinde, pe lîngă incapacitatea de muncă, şi aspectele esenţiale ale sănătăţii muncitorilor legate de procesul de producţie, considerăm că această metodă poate suplini cercetarea morbidităţii generale, acolo unde nu există condiţiile necesare ca să se facă şi cercetarea acesteia, ca de exemplu la punctele de sănătate medicale, la care se acordă numai primul ajutor, sau la punctele de sănătate fără medic.

Studiul morbidităţii generale prezintă totuşi o importanţă deosebită şi el trebuie să constituie un capitol în cadrul raportării periodice a activităţii unităţilor curativo-profilactice din întreprinderi.

In orice caz, acest studiu trebuie făcut în întreprinderile mai mari, unde există unităţi medico-sanitare complexe, cum sînt S.M.S-urile, şi unde evidenţa primară, constituită de fişele individuale de consultaţii, reprezintă o evidenţă de bază mai completă.

Metoda examinării în masă a muncitorilor redă profilul morbidităţii la un moment dat, deci static, cuprinzînd în special cazurile de boli cronice şi cazurile incipiente de îmbolnăvire în faza preclinică. Volumul morbidităţii prin această metodă este mult mai redus şi prezintă deosebiri structurale fundamentale faţă de celelalte metode.

Această metodă trebuie utilizată pentru cunoaşterea la diferite intervale de timp a contingentelor de bolnavi cu boli cronice şi a cazurilor incipiente de boală depistate prin examenul în masă al muncitorilor, putînd fi folosită, alături de celelalte metode, şi pentru stabilirea contingentelor de bolnavi în vederea dispensarizării.

Pentru un studiu complet al morbidităţii din întreprinderi, propunem folosirea tuturor celor trei metode, care se completează reciproc, datele rezultate putînd servi la o analiză aprofundată în corelaţie cu condiţiile de viaţă şi muncă şi cu activitatea de ocrotire a sănătăţii muncitorilor.

Lucrare efectuată în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoriei medicinei, sub îndrumarea prof. dr. Ilea Theodor.

Principiile de bază ale sistemului de evidenţă primară şi raportare statistică a centrelor sanitare şi antiepidemice

Prof. Leonida Grom, I. Caloenescu

Statistica studiază fenomenele sociale şi economice, tipurile şi formele acestor fenomene, pe care le exprimă prin date cifrice, culese şi prelucrate pe baza analizei multilaterale a raporturilor sociale şi economice, căutînd să exprime numeric şi concret legile dezvoltării sociale stabilite de materialismul istoric şi economia politică.

Statistica are o deosebită importanţă în sistemul evidenţei economiei naţionale, în analizele social-economice şi în munca de cercetare şi planificare în diferite domenii ale ştiinţei şi practicii, ca reprezentînd o metodă a conducerii de stat.

In ştiinţele medicale, statistica medico-sanitară are un rol tot atît de important, ea studiind fenomenele similare observate în masă. Folosirea statisticii în ştiinţele medicale permite o cunoaştere reală şi o planificare justă a ritmului şi metodelor de organizare a ocrotirii sănătăţii, creînd condiţii de analiză evolutivă a stadiului sau a etapelor de dezvoltare şi dînd astfel posibilitatea de a se preciza obiectivele îmbunătăţirii crescînde a stării de sănătate.

Prof. N. A. Semaşko, în „Insemnări asupra teoriei organizării apărării sănătăţii în U.R.S.S.", arată că „planificarea ocrotirii sănătăţii publice este un factor indispensabil al organizării sănătăţii publice sovietice, după cum planificarea întregii economii naţionale este un factor indispensabil al organizării socialiste a sănătăţii".

In cercetarea stării de sănătate a populaţiei sau a stării sanitare a mediului şi influenţa acestuia asupra sănătăţii colectivităţilor, statistica este larg utilizată, ca una din metodele de cercetare de bază, prin ea studiindu-se structura şi dinamica fenomenelor demografice, structura şi evoluţia morbidităţii şi mortalităţii, dezvoltarea fizică a populaţiei, precum şi evoluţia condiţiilor igieno-sanitare de mediu, analizîndu-se dialectic tendinţa de ameliorare sau agravare a acestor fenomene, corelîndu-le cu starea şi evoluţia social-economică.

In ţara noastră, în trecut, a existat o statistică şi o evidenţă a fenomenelor demografice şi medico-sanitare, dar aceasta era globală, nediferenţiată, întocmită cu intenţia de a ascunde lipsurile şi de a camufla contradicţiile de clasă şi fără a avea la bază o înregistrare statistică unitară, reală şi bazată pe principii ştiinţifice.

Conf. P. Mureşan, în „Unele probleme de statistică a stării de sănătate a populaţiei", arată că „în lucrările demografice ale fostului Institut central de statistică şi ale Secţiei statistice a Capitalei se corela mortalitatea infantilă cu religia, naşterile cu religia, căsătoriile cu dispensele de rudenie sau cu căsătoriile însoţite de acte dotale etc., neluîndu-se în considerare factorul cel mai important, starea social-economică".

Pînă în 1948 nu a existat o evidenţă şi o statistică sanitară care să reflecte şi să cuprindă, nu numai numărul şi felul unităţilor sanitare sau al cadrelor sanitare, ci şi activitatea depusă şi eficienţa acesteia.

Evidenţa primară, în domeniul sanitar, deşi existau peste 1 500 formulare de evidenţă şi raportare în uz *, nu era concludentă, unitară, nici pentru tratarea uneia şi aceleiaşi probleme şi nu putea conţine esenţa problemelor de ocrotire a sănătăţii, tocmai din cauza principiilor greşite de întocmire a acestei evidenţe.

Un an mai tîrziu s-au început lucrările mari de evidenţă şi statistică sanitară prin :

1. simplificarea şi sistematizarea formularelor de evidenţă, pentru a pune bazele unei evidenţe primare reale la toate unităţile medico-sanitare ;

---

* H. Dunăreanu, St. Oprişan : Bilanţul primului an de activitate planificată în sectorul sănătăţii publice. **Probleme de sănătate publică**, 1950, nr. 1, pag. 59.

2. punerea bazelor evidenței primare și ale sistemului de raportare statistică a bolilor transmisibile;

3. punerea bazelor evidenței bolnavilor de tuberculoză prin organizarea fișierului central la fiecare dispensar județean;

4. punerea bazelor statisticii spitalelor, prin introducerea, după exemplul Uniunii Sovietice, a unor indici tehnici cu ajutorul cărora s-a reușit să se analizeze eficiența spitalelor și a policlinicilor, asigurarea populației cu paturi, utilizarea paturilor, indicele de rulaj, durata medie de internare, mortalitatea în staționar pe entități nosologice;

5. organizarea serviciilor de evidență și statistică la secțiile sanitare din comitetele provizorii (județene și municipale), încadrîndu-le cu personal statistic instruit.

Pe baza organizării statisticii medicale s-a început apoi studiul morbidității, pentru a se cunoaște care sînt bolile cu cea mai mare frecvență și care dau cea mai mare incapacitate de muncă, cu scopul de a se putea planifica măsuri juste de prevenire și combatere a lor.

Pentru sectorul sanitaro-antiepidemic, cercetarea statistică și planificarea sanitară constituie metode de lucru cu efecte hotărîtoare asupra eficienței activității.

Organizarea rațională a ocrotirii sănătății nu poate fi îndeplinită în sectorul sanitaro-antiepidemic fără o utilizare științifică a muncii de cercetare statistică a demografiei, morbidității și dezvoltării fizice, fără o cunoaștere justă a obiectivelor de mediu, fără o înregistrare corectă a activității igieno-sanitare și antiepidemice și fără o raportare statistică judicios concepută, reală, calitativă, care — bazată pe o evidență primară exactă — să reflecte întreaga eficiență a muncii sanitaro-antiepidemice, asupra stării de sănătate a populației.

Pînă la înființarea centrelor sanitare și antiepidemice, evidența problemelor igieno-sanitare și antiepidemice era ținută formal la nivelul rețelei de bază, prin o serie de registre de evidență, care numai la nivelul circumscripției rurale, de exemplu, însumau un număr de 20, după cum urmează:

1. Fascicola de evidență primară a fîntînilor publice.
2. Fascicola de evidență primară a fîntînilor particulare.
3. Fascicola de evidență primară a stabilimentelor alimentare.
4. Fascicola de evidență primară a latrinelor.
5. Mapa registru pentru evidența problemelor mediului fizic extern (registrul de catagrafie a gospodăriilor și familiilor, pe comune).
6. Registru pentru înscrierea vaccinărilor.
7. Tabel nominal tip, pentru persoanele pentru care s-a recoltat sînge pentru examen hematologic.
8. Registru de evidența bolnavilor de sifilis.
9. Registru de evidența bolilor transmisibile.
10. Carte poștală de declarare inițială a bolilor transmisibile.
11. Carte poștală de scoaterea din evidență a bolilor transmisibile.
12. Registru fișier A + B pentru boli transmisibile.
13. Registru cazier pentru bolnavii de malarie.
14. Foi de tratament pentru bolnavii de malarie.
15. Tabel de școlarii cu gușă endemică.

16. Registru pentru evidența bolnavilor de guşă şi a tratamentului lor.
17. Registru pentru evidența bolnavilor de pelagră şi a tratamentului lor.
18. Fişa individuală pentru bolnavul de pelagră.
19. Registru fişier pentru bolnavii de tuberculoză.
20. Fişa familială pentru pelagră.

De menționat că în afară de aceste „evidențe primare" existau alte 19 formulare ajutătoare oficiale, iar în afară de acestea, alte 15—20 de registre, caiete şi tabele neoficiale, dar intrate în uz.

Raportarea problemelor antiepidemice şi igieno-sanitare se făcea pe vechiul formular de raportare Md. 301, în care erau cuprinse în mod general şi cantitativ o serie de probleme privind fîntînile, latrinele, frecvența bolilor catalogate ca sociale etc.

Centrele sanitare şi antiepidemice, create în 1951, ridică pentru prima dată la un nivel superior activitatea antiepidemică şi de igienă prin apariția lor ca unități tehnice de specialitate, care organizează, planifică, conduc şi realizează operativ prin forțe proprii şi prin rețeaua curativo-profilactică întreaga acțiune sanitară şi antiepidemică de pe teritoriul dat.

Prof. N. N. Litvinov arată că „sanepidul este, nu numai baza activității sanitaro-antiepidemice, ci şi centrul întregii activități profilactice.

Sanepidul trebuie să asigure o permanentă conducere metodică şi operativă a rețelei de instituții curativo-profilactice, în ceea ce privește munca sanitaro-antiepidemică".

Ca atare, sanepidul trebuie să facă față unei activități deosebit de complexe, care trebuie să aibă la bază studiul stării de sănătate a populației şi cunoaşterea reală, ştiințifică şi dinamică a obiectivelor, prin o evidență primară, corespunzătoare şi cu metode de muncă adecvate, astfel încît să devină o bază de cercetare ştiințifico-practică în rezolvarea problemelor sanitaro-antiepidemice ale teritoriului.

Metodele de lucru ale sanepidului sînt variate şi complexe, ele fiind, atît clinic-biologice, cît şi fiziologice, de laborator, precum şi statistice. Este greşită acea tendință care şi-a făcut loc la un moment dat în munca sanepidului de a se axa activitatea pe baza „observației" şi a aplicării în suprafață a prescripțiilor legislației, normativelor sau instrucțiunilor existente, fără o fundamentare tehnică de laborator şi un studiu analitic al obiectivelor prelucrate.

Pînă în a doua jumătate a anului 1954, sanepidurile nu au avut un sistem unitar de evidență primară, care să fundamenteze ştiințific activitatea sanitaro-antiepidemică, fiecare sanepid şi chiar fiecare secție din sanepid avînd un sistem propriu de evidență primară, în funcție de cunoştințele de specialitate ale directorului de sanepid sau ale medicilor igieniști.

Raportarea activității sanepidului nu s-a făcut pe bază de indicatori statistici calitativi, fapt datorit şi inexistenței unui sistem de evidență primară unitară, precum şi lipsei de atenție a Direcției sanitaro-antiepidemice din Ministerul Sănătății pentru această problemă.

Noul sistem de evidență primară şi raportare statistică a sanepidului, pus în aplicare în trimestrul IV 1954, reprezintă un pas înainte în acțiunea de organizare şi tehnicizare a activității sectorului sanitaro-antiepidemic în general şi a sanepidului în special.

Acest sistem de evidență primară și raportare statistică este alcătuit pe baza a noi principii de orientare, după care se îndrumă în prezent organizarea statisticii sanitare în unitățile medico-sanitare, și anume:

— S-a pus accentul pe *simplificarea sistemului* de evidență primară și raportare statistică, fapt realizat integral prin reducerea lui la numai două instrumente de evidență primară: dosarul de obiectiv și fișa de urmărire a obiectivului, și la o singură formă de înregistrare a activității, centralizatorul activității secției de igienă *.

O dată cu simplificarea numărului de formulare pentru evidența primară, s-a căutat a se realiza și *sistematizarea* acestora. Pentru aceasta au fost întocmite instrucțiuni analitice pentru fiecare categorie de obiective în parte, pe capitole și puncte, instrucțiuni prin care să se uniformizeze conținutul dosarelor de obiectiv pentru aceeași categorie de obiective.

Ca atare au fost elaborate instrucțiuni pentru întocmirea dosarelor de obiectiv privind bazinele naturale de apă, instalațiile centrale de apă, instalațiile de canalizare, sistemele de îndepărtare a rezidiilor, industriile alimentare, depozitul de alimente, unitățile industriale, unitățile școlare etc., astfel încît pentru fiecare categorie de obiective igieno-sanitare să existe instrucțiuni sistematizate, unitare, cuprinzînd problemele specifice fiecărui gen de obiectiv.

— Realizarea unității sistemului de evidență, prin dosare de obiectiv întocmite pe capitole principale și general valabile, permite sistematizarea problemelor de igienă și dă perspectiva lor evolutivă în timp. Astfel, spre exemplu, dacă secția de igienă școlară, în eventualitatea că și-a alcătuit dosarele de obiectiv conform instrucțiunilor, întreprinde la un moment dat o cercetare asupra evoluției problemei aprovizionării cu apă potabilă a copiilor din creșe, cămine sau școli, poate grupa din toate dosarele de obiectiv capitolul apă potabilă, și astfel are pe grupe de unități diferite aspecte ale problemei aprovizionării cu apă în colectivitățile de copii.

Același lucru în sectorul de igiena muncii, de exemplu, unde prin simpla totalizare a unui aceluiași capitol din dosarele de obiectiv (ventilație, iluminat, încălzit) se pot obține sistematizat aspectele problemei, pe ramuri de industrii.

— Introducerea dosarelor de obiectiv, în conformitate cu instrucțiunile elaborate pentru fiecare grup de obiectiv, permite aplicarea unui alt principiu care a stat la baza elaborării actualului sistem de evidență primară, și anume acela al *urmăririi științifico-practice a evoluției dinamice a obiectivului.*

In vechiul sistem de dosare de obiectiv nu se putea avea în nici un moment o imagine clară a evoluției dinamice a obiectivului, dosarul fiind în fond o mapă în care se introduceau, în timp, toate prescripțiile, buletinele de analiză, determinările de mediu sau orice altă corespondență care privea obiectivul respectiv, cronologic și fără o linie de orientare.

---

* Menționăm de la început că actualul sistem se adresează în special secțiilor de igienă, educație sanitară și laboratoare din sanepid; secția antiepidemică, avînd o funcționalitate mai bună din punct de vedere al evidenței primare, precum și formulare corespunzătoare, rămîne cu vechea evidență, modificîndu-se parțial numai sistemul de raportare.

Sistematizarea dosarului de obiectiv, cu principalele probleme igieno-sanitare ale obiectivului, cu specificarea unor capitole speciale pentru unele date ştiinţifico-practice (schiţa procesului tehnologic şi de producţie) şi a unor indicatori statistici (morbiditate profesională, transmisibilă, accidente de muncă etc.), permite urmărirea în timp a evoluţiei dinamice a obiectivului pe probleme principale.

La aceasta mai contribuie, după cum vom vedea, şi cea de a doua formă de evidenţă primară, fişa de urmărire a obiectivelor.

— Intocmirea dosarelor de obiectiv pe baza principiului de sistematizare unitară, precum şi posibilitatea urmăririi în timp a obiectivului, duc la o cunoaştere ştiinţifică a evoluţiei din punct de vedere igieno-sanitar a obiectivului şi, ca atare, la *o muncă sistematică ştiinţifico-practică.*

Utilizînd metoda de laborator, metoda clinică, fiziologică, precum şi metodele statisticii în urmărirea evoluţiei unui obiectiv, se poate ajunge, în timp, la o concretizare ştiinţifică a problemelor obiectivului la sfîrşitul anului. Astfel, se pot realiza la finele anului, pentru fiecare obiectiv mai important, concluzii asupra stării sanitare a obiectivului, se pot analiza măsurile preconizate pentru ridicarea nivelului igieno-sanitar al obiectivului, modul lor de realizare, şi — ceea ce este mai important — se pot face prescripţii pentru viitor, pe plan de perspectivă, pentru îmbunătăţirea stării sanitare a obiectivelor şi adîncirea tehnicităţii controlului sanitar curent în obiectiv.

— Posibilitatea sintetizării în mod analitic şi tehnic a stării sanitare a obiectivului şi cunoaşterea amănunţită şi sistematică a acesteia *creează condiţii ştiinţifice noi pentru aplicarea justă a planului complex de activitate* a sanepidului.

Metodica de lucru în plan complex, pe *obiective restrînse,* duce la o adîncire a activităţii la nivelul obiectivului şi la o atacare concomitentă, sub toate aspectele tehnice şi cu sprijinul tuturor factorilor indicaţi care trebuie să contribuie la rezolvarea problemelor igieno-sanitare ale obiectivului. Astfel, planul complex se va face în sanepid pe obiective restrînse, localităţi, cartiere, întreprinderi cu anumite noxe şi nu în mod general.

Premisele pentru punerea în aplicare a acestui principiu şi a noilor metode de lucru sînt create tocmai prin adîncirea calitativă a dosarului de obiectiv şi a concluziilor tehnice ce se stabilesc la finele anului.

— Un alt principiu care a stat la baza alcătuirii actualului sistem de evidenţă primară şi raportare statistică a sanepidului a fost *modul de înregistrare a activităţii.*

In vechiul sistem de evidenţă şi raportare se înregistrează la nivelul sanepidului raional, orăşenesc şi regional întreaga activitate antiepidemică şi sanitară, desfăşurată, atît de reţeaua sanitaro-antiepidemică, cît şi de reţeaua curativo-profilactică.

In noul sistem de evidenţă şi raportare, *nu se înregistrează şi nu se raportează decît activitatea depusă prin forţe proprii.* Principiul îl considerăm just în aplicarea lui şi trebuie menţionat că neînregistrarea activităţii sanitaro-antiepidemice, dusă de alte reţele, nu afectează cu nimic rolul de conducător metodologic al activităţii antiepidemice şi sanitare desfăşurate de celelalte reţele sau de organizaţiile largi de masă. Astfel, de exemplu, dacă vaccinările T.A.B. nu se înregistrează şi raportează

prin darea de seamă a sanepidului, nu trebuie considerat că în desfășurarea activității de prevenire și combatere a bolilor transmisibile cu poartă de intrare gastro-intestinală și în cazul dat în problema imunizării active a populației sanepidul nu are a acționa, ci, dimpotrivă, are conducerea integrală a problemei. Date statistice asupra cantității vaccinărilor efectuate le culege de la secția sanitară de teritoriu, unde se centralizează statistic activitatea spitalului unificat, sau prin directorul adjunct pentru policlinica spitalului unificat, epidemiologul spitalului unificat de copii, care au sarcina executării și supravegherii acestei imunizări. Datele asupra calității vaccinărilor T.A.B. efectuate, sanepidul le culege prin controlul pe teren făcut prin forțe proprii asupra calității vaccinărilor.

Înregistrarea activității proprii a sanepidului — prin centralizatoarele lunare ale activității — se face de asemenea pe baza unui principiu nou, care rezultă din modul de adîncire a sistemului de evidență primară și raportare statistică, și anume acela *al desfășurării unei activități tehnice, de calitate, și nu a unei activități cantitative, de suprafață.*

Cunoașterea analitică a obiectivelor, șerierea atacării lor în ordinea urgenței și importanței, ca și planificarea controlului sanitar curent de calitate, pe obiective, cu plan complex detaliat, pentru fiecare obiectiv-problemă în parte, va duce implicit la o restrîngere a controlului sanitar curent de supraveghere în general și la o adîncire calitativă a activității.

Darea de seamă semestrială, cît și centralizatorul de activitate, nu pun accentul pe înregistrări cantitative, ci pe probleme tehnice și realizări calitative. Este de subliniat restrîngerea considerabilă ce s-a făcut în noul sistem de raportare asupra cifrelor ce se vor raporta ; astfel, pentru a exemplifica, secția de igiena muncii unde, pe cînd în vechiul sistem de raportare erau specificate un număr de 36 de rubrici, conținînd tot atîția indicatori statistici cantitativi pe ramuri de industrii, în noul sistem de raportare acestea au fost reduse la numai 10 date calitative asupra activității, adică la procentul de recomandări făcute, scadențate sau îndeplinite în problemele de ventilație, iluminat, încălzit, mecanizarea procesului tehnic și tehnica securității, aprovizionarea cu apă potabilă, îndepărtarea rezidiilor și supravegherea locului de muncă, blocul alimentar și igiena anexelor sociale.

— Indicatorii statistici ai activității conținuți în vechiul sistem de raportare, în afară de faptul că erau calculați pe baza unei evidențe primare relative și neuniforme, erau în cea mai mare măsură indicatori statistici cantitativi.

Lipsa unui sistem unitar de evidență primară a făcut ca pe de o parte să nu se facă o urmărire judicioasă pe teren a termenelor acordate prin controlul sanitar curent, și de aici o lipsă de autoritate și de combativitate a sanepidului, dar a dus concomitent și la neutilizarea indicilor statistici de apreciere a activității, aceștia fiind calculați diferit, după caracterul evidențelor primare.

Slaba utilizare a indicilor statistici de eficiență în munca sanitaro-antiepidemică a făcut ca activitatea unor sanepiduri să capete un aspect rutinier, de muncă în suprafață pe obiective generale, luîndu-se astfel din perspectiva problemelor de igienă și coborîndu-se implicit nivelul activității.

Centralizatorul activității secției de igienă și darea de seamă a sanepidului, prin modul lor de alcătuire, cer medicului igienist o utilizare curentă a indicilor *calitativi* de apreciere a eficienței activității. Astfel, dacă centralizatorul lunar al activității secțiilor de igienă mai are în prima parte încă unele date cantitative (numărul de dosare de obiectiv întocmite, vizite în obiective și obiective vizitate), în rest nu conține decît indici statistici calitativi ai activității depuse (activitate de laborator, analiza morbidității, studii, cercetări și anchete efectuate, realizări calitative în problemele igienei muncii și igienei școlare, date asupra alterării alimentului, impurificării surselor centrale de aprovizionare cu apă și a bazinelor naturale de apă etc.).

Dacă am încerca să analizăm în ce măsură noul sistem de evidență primară și raportare statistică răspunde la principiile de bază ale ocrotirii sănătății, putem arăta că în unele principii fundamentale sistemul de evidență primară și raportare statistică al centrelor sanitare și antiepidemice se încadrează și urmărește just aplicarea acestor principii.

Unul din principiile fundamentale ale ocrotirii sănătății îl constituie *principiul profilaxiei,* principiu care își are baza științifică în primul rînd în recunoașterea învățăturii marxist-leniniste asupra rolului primordial al factorului social față de cel biologic, în concepția materialistă în biologie și în învățătura fiziologică a lui I. P. Pavlov despre rolul mediului și raporturile de reciprocitate dintre mediu și organism.

Centrele sanitare și antiepidemice au, ca primă caracteristică a activității lor, aplicarea largă a principiului profilaxiei. Alături de rețeaua curativo-profilactică, ce aplică profilaxia curativă (depistarea precoce a îmbolnăvirilor, dispensarizarea formelor incipiente de boală etc.), rețeaua sanitaro-antiepidemică aplică profilaxia în înțelesul ei cel mai larg, atît igieno-sanitar, cît și profilaxia antiepidemică.

În acest sens larg, profilaxia aplicată cuprinde măsurile vaste de asanare, transformare și protecția sanitară a surselor de apă, a solului, a aerului, — deci măsuri de protecția mediului, precum și protecția suprafețelor locuite, a locuințelor și a locului unde trăiește și muncește omul (întreprinderi, uzine, gospodării agricole de stat, stațiuni de mașini și tractoare, gospodării agricole colective etc.).

Sistemul de evidență primară și raportare statistică a sanepidului asigură evidența clară și cunoașterea statistică a tuturor problemelor asupra cărora sanepidul își desfășoară activitatea sa pe baza principiului profilaxiei.

Astfel, pentru secția de igienă comunală, de exemplu, sistemul de evidență primară cuprinde trei grupe mari de probleme : apa, colectarea, tratarea și îndepărtarea reziduurilor solide și lichide, și colectivitățile permanente și temporare — adică tocmai problemele care fundamentează aplicarea principiului profilaxiei în ceea ce privește mediul.

★

Dacă acestea au fost principiile care au stat la baza alcătuirii noului sistem de evidență primară și raportare statistică a centrelor sanitare și antiepidemice, să vedem acum care este conținutul sistemului de evidență primară și raportare statistică al sanepidului.

Evidența primară a obiectivelor este realizată prin două forme de instrumente de evidență : dosarul de obiectiv și fișa de urmărire a obiectivului.

Înregistrarea activității se face cu ajutorul „Centralizatorului" lunar

al secției (de igienă sau de laborator), iar raportarea se face semestrial prin „Darea de seamă".

I. Dosarul de obiectiv reprezintă forma de evidență primară de bază din sanepid prin care se face cunoașterea obiectivului din teritoriu, și este necesar pentru sistematizarea tuturor datelor relative la obiectivele respective, el fundamentînd cunoașterea justă a stării igieno-sanitare a obiectivelor din teritoriul de deservire.

Dosarul de obiectiv se alcătuiește pentru fiecare obiectiv în parte, în conformitate cu instrucțiunile tip elaborate, și este specific obiectivului și secției de igienă din sanepid.

El se clasează în cadrul secției pe grupe de probleme, după cum vom vedea analitic în cele ce urmează.

Aceste dosare grupate pe probleme se țin în mape separate, după specificul problemelor, la nivelul secțiilor de igienă respective. Este de subliniat că, spre deosebire de fișa de urmărire a obiectivului și centralizatorul de activitate al secției, care rămîne la statisticianul sanepidului — în supoziția că se lucrează pe bază de fișier central, dosarul de obiectiv rămîne permanent în secția de igienă respectivă.

Menționăm în mod special că dosarul de obiectiv nu trebuie înțeles ca o însumare birocratică de acte, deci ca un instrument *static* de evidență. Dosarul de obiectiv evoluează an de an, el se completează mereu cu date de laborator, observații tehnice și în fiecare an i se atașează fișa de urmărire a obiectivului, care este anuală și care arată succint evoluția stării igieno-sanitare a obiectivului.

De asemenea, menționăm că numai pe baza analizei evolutive dinamice a obiectivului și dosarului său, a măsurilor aplicate și a eficienței acestor măsuri se pot planifica just indicele de frecvență al controlului sanitar curent, precum și problemele cele mai importante și mai necesar a fi urmărite, îmbunătățite sau rezolvate în obiectivul în cauză.

Ca atare, dosarul de obiectiv apare în desfășurarea activității sanepidului ca un instrument de evidență primară, dinamic, evolutiv, care zi de zi, an de an trebuie completat, adnotat și consultat, el reprezentînd problemele de rezolvat în cadrul secției respective.

La început, în momentul alcătuirii lui, dosarul de obiectiv este completat în cea mai mare parte de medicul igienist și într-o mică măsură de personalul sanitar mediu (felcer igienist sau oficiant sanitar). Unele componente esențiale ale dosarului de obiectiv, cum ar fi clauzele cuprinse în autorizația sanitară de funcționare a obiectivului, schița procesului tehnologic cu indicarea principalelor noxe sau procesul-verbal inițial de constatare a condițiilor igieno-sanitare ale obiectivului, se completează numai de medicul igienist respectiv al secției. Prin aceste lucrări, medicul igienist ia în fond evidența obiectivului și face cunoașterea sanitară completă și tehnică a obiectivului.

Ulterior, dosarul de obiectiv se completează cu analizele de laborator, determinările de mediu, completări ale procesului tehnologic și cu acte de control sanitar curent, făcute de personalul mediu al secției, astfel că, în timp, el reprezintă, în final, atît oglinda întregii activități depuse în obiectiv de secția respectivă, cît și eficiența acestei activități.

Gruparea obiectivelor pe grupe de probleme se face în cadrul secțiilor de igienă, după cum urmează:

A. *Secția de igienă comunală* are evidența primară a următoarelor

grupe pe probleme, în cadrul fiecărei probleme fiind întocmite atîtea dosare de obiectiv cîte obiective există pentru problema respectivă pe teritoriul de deservire.

I. Grupa de probleme relativ la *alimentarea cu apă și protecția sanitară a rezervoarelor naturale de apă.*

In cadrul acestui grup se vor face dosare de obiective, separate pentru fiecare din categoriile de obiective:

— bazine naturale de apă;
— instalații centrale de apă;
— instalații de apă centrală proprii;
— fîntîni publice care reprezintă un obiectiv.

In afara acestor categorii de obiective din grupa specificată, se pot înregistra, acolo unde este cazul, pe un *tabel* numeric, alte diferite surse de aprovizionare cu apă (izvoare, ape de pădure, fîntîni de suprafață etc.).

2. Grupa de probleme relativ la colectarea, tratarea și îndepărtarea reziduurilor solide și lichide, în care se vor face dosare de obiectiv, separate pentru fiecare obiectiv din următoarele categorii:

— instalații de canalizare publică;
— instalații de canalizare proprie;
— îndepărtarea reziduurilor solide (serviciul de salubritate).

3. O altă grupă de probleme în secția de igienă comunală o constituie dosarele de obiectiv ale colectivităților permanente și temporare, ale instituțiilor publice, ale locurilor publice de recreație, cultură fizică și sport.

Acest grup de obiective apare ca foarte eterogen, iar indicațiile date asupra a ce trebuie să cuprindă fiecare dosar de obiectiv sînt larg cuprinzătoare, tocmai pentru a da posibilitatea de a se încadra în el specificul fiecăruia din obiectivele respective. Astfel, în cadrul acestui grup de probleme se va face dosar de obiectiv pentru fiecare șantier, instituție care prezintă un interes deosebit, baze sportive, săli de cinematograf, dormitoare muncitorești etc.

B. *Secția de igiena alimentației* are organizată evidența primară pe următoarele grupe mari de probleme, în cadrul fiecărei probleme fiind întocmite atîtea dosare cîte obiective există pe teritoriul de deservire.

1. Obiectivele de *industrie alimentară,* în care se cuprind toate întreprinderile producătoare de alimente și care reprezintă sectorul cel mai important al secției. Cînd sînt multe obiective și acestea nu pot încăpea într-o mapă de problemă, se pot face mai multe mape pe specific de industrie alimentară (carne, lapte, pește, morărit, panificație etc.).

2. Dosar de obiectiv pentru depozitele de alimente din teritoriu, inclusiv punctele de colectare.

3. Dosar de obiectiv pentru obiectivele de alimentație colectivă (restaurante, bufete, cofetării).

4. Dosar de obiectiv al rețelei alimentare (permanente sau de producători) și laboratoare.

C. *Secția de igiena muncii* cuprinde în evidența sa primară dosare de obiectiv pentru fiecare industrie și întreprindere în parte, grupate în mape separate pe ramuri de industrii și specific de producție, după cum urmează:

1. Industria siderurgică.

2. Industria constructoare de mașini.
3. „ carboniferă.
4. „ petroliferă.
5. „ chimică.
6. „ extractivă de minereuri neferoase.
7. „ materialelor de construcții
8. „ pielăriei.
9. „ textilă.
10. „ lemnului, hîrtiei și celulozei.
11. „ poligrafică.
12. „ electrotehnică
13. „ forestieră.
14. Sectorul agricol al S.M.T.-urilor și centrelor mecanice de reparații.
15. Industria bunurilor de larg consum.
16. Nespecificat.

D. *Secția de igienă școlară* are dosare de obiectiv pe grupe de instituții și unități specifice secției, și anume:

1. Creșe.
2. Instituții pentru preșcolari (cămine de zi, săptămînale și grădinițe de copii).
3. Școli elementare.
4. „ medii tehnice și teoretice.
5. „ profesionale.
6. Unități ale învățămîntului superior.
7. „ de deservire medicală pentru copii.
8. Instituții de odihnă și activitate extrașcolară a copiilor.
9. Internate școlare și cămine studențești.

De subliniat că la secția de igienă școlară, spre deosebire de celelalte secții de igienă, nu s-au alcătuit instrucțiuni speciale pentru ceea ce trebuie să cuprindă fiecare obiectiv și că pentru toate genurile de instituții s-a preconizat un singur instructaj general, arătîndu-se că trebuie să se țină seama de un minimum de caracteristici comune tuturor obiectivelor. De altfel, obiectivele secției de igienă școlară au caracteristicile generale în mare parte asemănătoare.

E. *Secția de educație sanitară din sanepid* are de asemenea dosare de obiectiv pentru următoarele categorii de probleme:

1. Întreprinderi și instituții.
2. Spitale unificate.

Servicii medico-sanitare de întreprindere, puncte de sănătate cu medic sau personal sanitar mediu.

Rețele de specialitate — acolo unde este cazul (antivenerianâ, antituberculoasă etc.).

3. Școli de orice grad.

Deoarece nu s-au întocmit instrucțiuni caracteristice pentru acest fel de dosare de obiectiv, aceste dosare ale secției de educație sanitară cuprind minimum următoarele date:

a) Planul de muncă educativ sanitar al unității respective în cadrul spitalului unificat, separat pentru staționar, policlinică și, acolo unde este cazul, circumscripții ramificate — obiectivele de plan urmărite și tematica planificată.

b) Tabelul personalului medical care duce munca de educaţie sanitară al grupei de responsabili de secţii.

c) Copiile consemnărilor şi recomandărilor făcute în cadrul activităţii de îndrumare şi control.

d) Orice altă corespondenţă în legătură cu obiectivul.

II. *Fişa de urmărire a obiectivului* dă medicului igienist posibilitatea de a urmări în timp, *în decurs de un an,* evoluţia unui obiectiv, rezultatele cercetărilor de laborator care se fac asupra obiectivului, indicaţiile tehnice date şi realizările obţinute.

Pînă la apariţia actualului sistem de evidenţă primară nu exista această fişă şi astfel nu se făcea o planificare justă a frecvenţei controlului, nu exista o evidenţă evolutivă a determinărilor de laborator, cît şi o urmărire dinamică a fiecărui dosar de obiectiv. Cercetarea analitică a dosarului de obiectiv nu dădea o imagine clară a *evoluţiei în timp* a obiectivului, cu descrierea succintă a realizărilor obţinute în obiectiv, cît şi a prescripţiilor şi concluziilor tehnice pe care le-a făcut medicul igienist în obiectivul respectiv.

Ca atare, *fişa de urmărire a obiectivului* — anuală — arată dinamica în timp a obiectivului, serveşte la planificarea controlului sanitar curent, la aprecierea frecvenţei şi regularităţii efectuării acestui control, arată care au fost în timp rezultatele analizelor şi determinărilor de laborator făcute asupra obiectivului, precum şi vizitele active şi măsurile care au fost luate în obiectiv.

Fişa cuprinde trei părţi, şi anume :

a) Fişa program de planificare a controlului sanitar curent.

b) Fişa controlului de laborator.

c) Fişa evoluţiei dinamice a obiectivului, prescripţii şi controale făcute în obictiv.

Fiecare din cele trei componente răspunde la cele trei mari probleme esenţiale de urmărit în obiectiv :

— planificarea controlului sanitar curent ;

— urmărirea evoluţiei calitative a condiţiilor de mediu ale obiectivului, pe baza analizelor de laborator şi a determinărilor de mediu ;

— evoluţia propriu-zisă a obiectivului în timp.

Subliniem că aceste fişe de urmărire a obiectivului — care se întocmesc pentru fiecare dosar de obiectiv — sînt ţinute într-un fişier central, deservit de un cadru de specialitate, de statisticianul sanepidului.

Statisticianul ţine aceste fişe grupate pe specificul fiecărei secţii de igienă : comunală, alimentară, muncă, şcolară, educaţie sanitară. Fiecare din secţiile respective are un fişier-sertar, compartimentat în 32 de despărţituri, din care 31 egale, corespunzătoare celor 31 de zile ale lunii, şi un altul mai mare, cel de al 32-lea, care reprezintă compartimentul în care se ţin fişele de obiectiv ce nu au termene scadente în luna în curs.

In fiecare zi statisticianul prezintă fiecărui medic igienist, şef de problemă, fişele de obiectiv, care conţin termene scadente pentru ziua respectivă. Aceste fişe constituie sarcinile de control sanitar curent planificate pentru ziua respectivă, sarcini pe care medicul igienist le repartizează, după importanţa obiectivului şi a clauzelor de cercetat, cadrelor sanitare medii din secţie sau le reţine pentru control personal.

Prima parte a fişei, *fişa-program,* cuprinde 31 de coloane corespun-

zătoare zilelor lunii, dispuse pe linie orizontală, iar pe linia verticală sînt înregistrate cele 12 luni ale anului.

Fiecare coloană corespunde deci unei anumite zile și luni din an. Aceste coloane sînt la rîndul lor subîmpărțite în două subcoloane, una însemnată cu indicativul P (planificat), iar cealaltă R (realizat).

Printr-un semn convențional (o linie oblică /) se înscrie în dreptul lunii respective la rubrica P data planificată pentru efectuarea controlului sanitar curent. După efectuarea acestuia, se înscrie data efectuării în coloana R printr-un alt semn convențional (o linie oblică de la stînga la dreapta \). Din însăși simpla comparare a celor două semne convenționale / \ se pot studia cu multă ușurință ritmicitatea efectuării controlului sanitar curent, frecvența indicelui de control în obiectiv, precum și modul de urmărire a termenelor.

De menționat că pentru fiecare obiectiv în parte se specifică, în dreapta sau sus pe *fișa-program,* indicele trimestrial de frecvență a controlului, adică de cîte ori este planificat obiectivul a fi controlat în decursul unui trimestru.

Accentuăm însă că acest indice se calculează, planifică și raportează trimestrial, el putînd varia de la trimestru la trimestru, în funcție de condițiile de mediu, potențial epidemiologic, natura controlului etc.

De exemplu, indicele de frecvență al controlului sanitar curent în unitățile de debitare a alimentelor, aparținînd secției de igienă alimentară, dat fiind pericolul crescut de alterare a alimentelor în lunile de vară, va fi mai mare ca frecvență vara și mai mic iarna, în ceea ce privește controlul sanitar curent al stării de alterare a alimentului.

Partea a doua a fișei de urmărire a obiectivului folosește pentru înscrierea cronologică, pe scurt, a analizelor de laborator sau a determinărilor de mediu. Ea a rezultat din necesitatea de a avea la un loc, *evolutiv,* toate rezultatele de laborator spre a putea fi urmărite în timp, fapt care nu putea fi realizat cu ajutorul dosarului de obiectiv unde — deși cartate cronologic — ele se deosebesc greu de celelalte acte, planuri, adrese apărute între timp în dosar.

Partea a treia a fișei de urmărire a obiectivului cuprinde evidența operativă a sarcinilor de îndeplinit, fapt care ajută pe medicul igienist în munca sa de urmărire concretă a prescripțiilor, arătîndu-i, o dată cu data planificată a controlului, și sarcinile ale căror termene se scadențează.

Partea a treia arată de asemenea cîte controale sanitare curente au fost făcute în obiectiv în cursul unui an, de care personal medico-sanitar și cu ce conținut.

Fișa de urmărire a obiectivului este anuală ; la fiecare sfîrșit de an ea se atașează dosarului de obiectiv și folosește la stabilirea evoluției situației igienico-sanitare a obiectivului în cauză.

III. *Centralizatorul secției de igienă* (comunală, alimentară, muncă, școlară), precum și centralizatorul secției laboratoare (bacteriologie, chimie și bacteriologie alimentară și toxicologică și determinări de mediu) servesc la înregistrarea zilnică a activității depuse.

Centralizatorul de activitate are pagina întîi asemănătoare pentru toate secțiile de igienă. In această pagină se face înscrierea *cantitativă* a activității depuse de personalul medical și sanitar mediu al secțiilor de igienă.

Pagina a doua a centralizatorului este specifică pentru fiecare secție de igienă în parte și cuprinde înscrierea *calitativă* a activității secției, în conformitate cu problemele tehnice și cu indicii calitativi de profil ai fiecărei secții de igienă.

Din cele de mai sus rezultă că, pe cînd primele două forme de evidență se adresau obiectivului, deci condițiilor de mediu asupra cărora acționează sanepidul, centralizatorul reprezintă prima formă de înregistrare a *activității depuse.*

Prin funcționalitatea sa și înscrierea zilnică a activității, medicul igienist poate ști în orice moment în ce stadiu de rezolvare a problemelor de plan se află, unde este necesar să-și concentreze activitatea și ce obiectiv trebuie să atace în urgența întîi.

De asemenea, totalizarea la sfîrșitul lunii se poate face datorită centralizatorului într-un timp foarte scurt, iar pentru raportarea trimestrială statistică a activității, timpul de recoltare a datelor este redus la minimum posibil.

Situația activității zilnice a secției de igienă se completează de preferință de statisticianul secțiilor de igienă din sanepid, iar în lipsa acestuia, de un cadru sanitar mediu instructat în acest scop.

Pentru secțiile de laboratoare, centralizatorul se completează de referentul încadrat în secția de laboratoare.

Este foarte important ca completarea centralizatoarelor *să fie făcută zilnic și cu o riguroasă exactitate,* de această înregistrare statistică depinzînd în fond întregul raport statistic calitativ și cantitativ al activității sanepidului.

Medicul-șef al secției de igienă și medicul-șef al secției de laboratoare au datoria să controleze situația centralizatoare a activității, pentru ca, pe de o parte, să urmărească și așa activitatea depusă de secția respectivă, iar pe de alta, să evite aglomerarea activității secției în ultimele zile ale lunii și mai ales ale trimestrului.

★

Sistemul de raportare al sanepidului a fost modificat în conformitate cu evidențele primare nou-introduse.

Darea de seamă semestrială a activității sanepidului trebuie să reflecte activitatea *proprie* a sanepidului, care reiese din centralizatoarele lunare de activitate ale secțiilor și din fișa de urmărire a obiectivului.

In sistemul de evidență și raportare existent pînă în prezent nu există o concordanță între datele din evidența primară și raportul statistic de activitate, iar indicii conținuți în vechiul raport erau în majoritatea lor cantitativi și nu calitativi.

Noul sistem de raportare a activității cere să se raporteze prin darea de seamă trimestrială *activitatea proprie* a sanepidului, iar indicii de apreciere a activității sînt indici în majoritate calitativi și în mică parte cantitativi.

Completarea dării de seamă se face trimestrial, prin însumarea activității depuse lunar și înregistrată în centralizatoarele de activitate.

Darea de seamă apare foarte mult simplificată față de vechea raportare, iar principiul care a stat la baza acestei simplificări a fost

necesitatea de a se cere o muncă de calitate, tehnică, şi nu o înregistrare birocratică, cantitativă.

Darea de seamă semestrială a sanepidului este însoţită de un raport descriptiv, care se va întocmi în mod unitar, după o schemă tip elaborată de Direcţia sanitaro-antiepidemică din Ministerul Sănătăţii, schemă în care sînt cuprinse principalele probleme ale activităţii sanepidului din trimestrul în curs.

★

Numai expunerea principiilor care au stat la baza alcătuirii noului sistem de evidenţă şi raportare a centrelor sanitare şi antiepidemice, precum şi prezentarea lui, nu ne îndreptăţesc să putem face aprecieri calitative asupra valorii lui în sine.

Etapa actuală este o etapă de aplicare încă pentru multe sanepiduri din ţară şi de experimentare pentru altele, dar sistemul nu este încă confirmat de practică.

Faţă de diversitatea sistemelor de evidenţă primară care au existat pînă la apariţia lui, actualul sistem reprezintă un serios pas înainte.

Nu putem însă să nu arătăm că prezintă şi lipsuri, care credem că vor trebui analizate prin însăşi experimentarea şi punerea în mod unitar în aplicare în întreaga ţară.

Astfel, nu putem încă afirma dacă noul sistem de evidenţă şi raportare va putea reflecta succint şi cît mai fidel evoluţia stării sanitare a teritoriului şi nu numai a obiectivelor.

Nu s-a putut analiza încă dacă indicativii statistici cuprinşi în „Centralizatorul de activitate a secţiilor de igienă" sînt cei mai concludenţi şi pot fundamenta tehnic aprecierea calitativă a activităţii depuse.

Rămîne de văzut, de asemenea, dacă fişa de urmărire a obiectivului poate reflecta singură întreaga evoluţie igienico-sanitară a obiectivului sau nu va reflecta în fond decît activitatea depusă în obiectiv şi eficienţa unora din măsurile recomandate.

Rămîne ca trimestrul I şi II din 1955 să constituie o perioadă de experiment, astfel încît după 6—9 luni de punere în aplicare să se verifice unele ipoteze de lucru şi să se poată trage unele concluzii.

Lucrare efectuată în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei (director, prof. Ilea Theodor).

★

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОГО УЧЁТА И СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЁТНОСТИ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ СТАНЦИЙ.

В медицинской науке статистика играет такую же важную роль, как и в системе народного хозяйства, так как её применение позволяет реальное ознакомление с ритмом и методами организации здравоохранения и их правильное планирование.

Санэпид, являясь по своим целям методологической и научно-исследовательской базой санитарно-противоэпидемических вопросов, должен применять в своей работе, кроме клинического и биологического метода. — физиологические, лабораторные, а также и научно-исследовательские методы.

Несмотря на то что санитарная статистика на правильных основаниях была организована начиная с 1948 года, санэпиды, основанные в 1951 году, не имели до 1954 года единой, составленной на научных основаниях, системы первоначального учёта, которая служила бы качественным отражением развернутой работы.

Принципами, которые лежат в основании новой системы первоначального учёта и статистической отчётности, являются следующие:

— упрощение системы первоначального учёта и статистической отчётности;

— систематизация способов первоначального учёта и в особенности систематизация составления отдельного дела для каждого объекта, путём выработки аналитических инструкций для каждой категории дела и объекта в частности;

— наблюдения за динамикой развития различных объектов, находящихся на территории и, следовательно, создание условий для дальнейшего развития качественной работы;

— создание научно-обоснованных условий для правильного применения комплексного плана работы, как результат возможности обобщения и систематизации данных, в связи с различными объектами на территории;

— учёт работы санэпида как такового, проведенной при помощи станций санитарно-противоэпидемического сектора, а не на основании работы, проведенной лечебно-профилактическим сектором;

— углубление изучения объектов с созданием возможностей для научно-практической работы и с отказом от методов поверхностного качественного изучения соотвстствующих объектов;

Статистическими показателями, которые могут быть вычислены на основании новой системы учёта и статистической отчётности, являются статистические качественные показатели, которые дают возможность врачу-гигиенисту оценить проведенную работу.

Прпменение вышеизложенных принципов при выработке новой системы первичного учёта и статистической отчётности представляет возможность развернуть научно-практическую работу для осуществления одного из основных принципов здравоохранения — принципа профилактики.

В дальнейшем, для работы при помощи аналитического метода излагается система первичного учёта и статистической отчётности:

1, Первичный учёт:
   а) отдельное дело для каждого объекта;
   б) карта наблюдения за объектом.
2. Учёт и статистическая отчётность;
   а) формуляр для централизации проведенной работы:
   б) квартальный отчёг.

В заключении, авторы указывают, что в 1955 году на практике будет видно, отражает ли новая система учёта и отчётности динамику санитарного состояния территории, а не только объектов; являются ли качественные статистические показатели в то же время и самыми убедительными показателями и можно ли, опираясь на эти показатели, оценить с технической точки зрения качество проведенной работы.

★

Les principes fondamentaux du systeme d'enregistrement initial et le rapport statistique des centres sanitaires antiépidemiques

Dans les sciences médicales la statistique joue un rôle d'une importance égale à celui qu'elle a dans l'économie nationale, son utilisation permettant une connaissance réelle et une planification judicieusse du rythme et des méthodes d'organisation de la protection de la santé.

Le Centre sanitaire antiépidémique (Sanépide), ayant par sa fonction méme, une base méthodique et poursuivant une, recherche scientifique et pratique des problèmes sanitaires antiépidémiques, doit utiliser, outre la méthode chimique et biologique, les méthodes physiologiques, les méthodes de laboratoire et les méthodes de recherche statistique.

Bien que la statistique sanitaire ait commencé a être organisée sur des bases judicieusemant orientées a partir de l'année 1948, les Sanépides, créés en 1951, n'ont pas eu jusqu'en 1954, un système d'enregistrement initial unitaire, conçu scientifiquement, qui pût refléter la qualité de l'activite accomplie.

Les principes qui se trouvaient à la base de la création du nouveau système d'enregistrement initial et de rapport statistique ont été les suivants:

Simplification du système d'enregistrement initial et du rapport statistique.

Systématisation des moyens d'enregistrement initial et tout particulierement du dossier de l'objectif par l'élaboration d'instructions analitiques spéciales pour chaque catégorie de dossiers de l'objectif séparement.

L'étude de l'évolution dynamique des objectifs du territoire et, en même temps la création des conditions de développement d'une activité de haute qualité, déployée sur une longue période de temps.

La création de conditions scientifiques pour la juste application du plan complexe d'activité, comme une résultante des possibilités de synthèse et de systématisation des données concernant les objectifs du territoire.

L'enregistrement exclusif de l'activité propre du **Sanépide** deployée par les centres du secteur sanitaire-antiépidémique à l'exclusion de l'activité deployée par le secteur curatif et prophylactique

L'approfondissement de la conaissance de l'objectif, ce qui donnerait la possibilité de deployer une activité scientifique pratique, en renonçant à l'examen superficiel, purement qualitatif, de l'objectif.

Les données statistiques qui pourront étre calculées grâce au nouveau système d'enregistrement initial et du compte rendu sont des données statistiques qualitatives, qui donneront au médecin hygiéniste la possibilité d'apprécier l'activité qui a été déployée dans ce domaine.

L'application des principes ci-dessus mentionnés, concernant l'introduction du nouveau systéme denregistrement initial et de compte rendu statistique, permet une activité scientifique-pratique, aboutissant à la réalisation de l'un des principes fondamentaux de la protection de la santé, à savoir, le principe de la prophylaxie.

Par la suite, le travail présente, d'une manière analytique, le système d'enregistrement initial et de compte rendu statistique, qui comporte les détails suivants :

1. L'enregistrement initial :
   a) Le dossier de l'objectif
   b) La fiche des examens ultérieurs de l'objectif.
2. L'enregistrement et le compte rendu statistique comportent à leur tour :
   a) Le bilan d'activité
   b) Le compte rendu trimestriel.

En conclusion, les auteurs estiment que l'activité pratique de l'année 1955 doit apporter des indications permettant de décider si le nouveau système d'enregistrement et de comptes rendus reflète la situation de toute une région et non seulement des „unités" isolées, si les données statistiques qualitatives sont probantes et si elles peuvent former une base technique, permettant une appréciation qualitative de l'activité déployée.

Din istoria luptei pentru materialism în biologia şi medicina romînă

Gh. Brătescu

Polemica lui N. Leon şi D. Voinov cu N. Paulescu, desfăşurată între 1903 şi 1909, reprezintă o etapă importantă a luptei pentru afirmarea orientării materialiste în ştiinţa romînească.

Către sfîrşitul secolului trecut, poziţiile transformismului erau consolidate la noi în ţară. Un rol deosebit revine în această privinţă „Contemporanului" ieşean, care chiar de la primul său număr, în care a fost publicat articolul „Despre darwinism", a popularizat doctrina evoluţionistă. Susţinerea consecventă a acestei doctrine de către „Contemporanul" constituia expresia directă a interesului arătat de cercurile muncitoreşti pentru răspîndirea concepţiilor înaintate.

In afara inevitabilelor atacuri din partea forurilor clericale, transformismul era acceptat în jurul anului 1900 aproape în unanimitate de oamenii de știință de la noi. Caracteristică este atitudinea lui Gr. Cobălcescu, care, după unele ezitări, a devenit adept convins al teoriilor lui Darwin. Amuțiseră în mare măsură și obiecțiile celor ce respingeau darwinismul din „considerente morale", deși admiteau valoarea sa științifică, așa cum fusese cazul cu G. Bariț.

În 1899, învățătura evoluționistă căpătase în țara noastră și un fel de „recunoaștere oficială", fiind introdusă în programa analitică pentru predarea științelor naturale în școlile secundare.

Iată însă că, la scurt timp după aceasta, un atac înverșunat împotriva transformismului a fost inițiat de tînărul profesor de fiziologie de la Facultatea de medicină din București, N. Paulescu (1869—1931), în lecția sa de deschidere din noiembrie 1902, intitulată „Generația spontanee și darwinismul în fața metodei experimentale".

Respingînd ideea evoluției în lumea organică, el își începea lecția prin a nega posibilitatea apariției substanței vii din substanța fără viață, pe motiv că ar exista „o prăpastie de netrecut între albumina moartă și substanța vie". Această afirmație împrumutată din arsenalul virchowist avea desigur rolul să strecoare concepția antiștiințifică după care, pentru apariția vieții, ar fi necesară intervenția unor forțe supranaturale.

Trecînd la analiza „ipotezei" darwiniste, tînărul profesor împarte caracterele fiecărei specii vegetale sau animale în „specifice" și „nespecifice", fecunditatea fiind „criteriul absolut și ultim al specificității caracterelor". Cu alte cuvinte, ar fi imposibilă realizarea încrucișărilor și obținerea de hibrizi stabili între specii diferite. Pentru a face o asemenea afirmație, trebuia desconsiderată întreaga experiență acumulată pînă atunci în privința hibridărilor sexuate și vegetative, dar el nu s-a dat în lături de la aceasta.

Imensul material faptic prezentat de Darwin, monument al conștiinciozității și discernămîntului științific, este cu totul trecut cu vederea de Paulescu, care nici nu încearcă să supună „criticii" măcar un singur caz concret din cele semnalate de marele transformist în sprijinul teoriilor sale. În schimb, ca un scolastic neputincios, el se străduiește să descopere „defecte de logică" în opera lui Darwin.

Și astfel, dintr-o trăsătură de condei, „desființează" întreaga serie de probe paleontologice în favoarea evoluționismului, sub pretext că „observațiile paleontologice nu pot demonstra decît *succesiunea* în timp și în spațiu (a speciilor, *G. B.*) și nu *derivația*". Deci faptul arătat de studiul fosilelor, că speciile de plante și de animale au apărut pe rînd, în ordinea complexității crescînde a organismelor, cu prezența unor tipuri intermediare, nu ar avea nici o semnificație transformistă.

La fel de sumar sînt „rezolvate" și obiecțiile ridicate de anatomia comparată și embriologie. Astfel, de pildă, pentru a „respinge" zdrobitorul argument pe care embriologia îl furnizează evoluționismului, mai ales prin „legea biogenetică" formulată de Haeckel, după care istoria dezvoltării individuale a unui organism (ontogenia) reproduce istoria apariției și dezvoltării speciei respective (filogenia), Paulescu se mărginește la o comparație „lămuritoare": „două foi de hîrtie seamănă una

cu alta; însă ar fi nebun cineva dacă ar pretinde că această asemănare dovedește că una din ele derivă din cealaltă".

Scopul acestei înșiruiri de sofisme, cu pretenție de argumentație antidarwinistă, apare însă limpede cînd el proclamă: „Energia fizico-chimică fiind incapabilă să efectueze transformarea substanței nevietuitoare, trebuie să admitem aici intervenția unor *puteri*, altele decît această energie, *puteri* de care știința trebuie să țină seamă... De multă vreme, omenirea a avut, printr-un fel de intuiție, o idee mai mult sau mai puțin vagă despre aceste puteri și le-a denumit: una, *suflet*; alta *dumnezeu*... A venit momentul să se precizeze aceste noțiuni și ca ele să fie introduse în știința pozitivă". Dar cu toate străduințele sale, el n-a izbutit nici să precizeze, nici să introducă în biologie asemenea concepte mistice, deși în repetate rînduri a fost somat să-și îndeplinească făgăduiala.

Insolența acestui atac împotriva materialismului a fost caracterizată plastic de D. Voinov: „Dl. prof. N. C. Paulescu începe viața sa științifică cu „Generația spontanee și darwinismul". Primul gîngăvit al micuțului, prima încercare mai coordonată a ființei de curînd ridicată pe tărîmul științific este gestul de a lovi cu mînuța nesigură în concepția darwinistă, care a prefăcut cugetarea veacului trecut" [1].

Paulescu a fost foarte preocupat să asigure concepțiilor sale o difuzare cît mai largă și, de aceea, lecțiile inaugurale le-a dat spre tipărire revistei „Spitalul", editată de Societatea studenților în medicină din București. Publicarea tocmai în „Spitalul" a unor producții cu asemenea orientare retrogradă are loc într-o perioadă cînd burghezia începea să răspîndească printre studenți (îndeosebi printre medicinișți, recrutați în general din pături mai înstărite) teoriile diversioniste ale „mișcării naționaliste". De altminteri, încă de la înființarea ei (1875), Societatea studenților în medicină a constituit terenul de clocnire a tendințelor democratice cu cele șovine.

Pe lîngă aceasta, Paulescu și-a mai tipărit lecțiile în broșuri separate, ca apoi să le adune într-un volum.

Broșura cuprinzînd textul prelegerii „Generația spontanee și darwinismul în fața metodei experimentale" a fost prezentată, printre alții, și lui Titu Maiorescu, în acea vreme personalitatea dominantă a filozofiei „oficiale" de la noi. Lucrarea a fost imediat remarcată de acesta, care a hotărît să atragă atenția asupra ei, deschizînd în „Convorbiri literare" o discuție între Paulescu și Nicolae Leon (1862—1931), profesor de istorie naturală la Facultatea de medicină din Iași, cunoscut ca adept al lui Darwin și Haeckel. Lui Leon i s-a alăturat în 1906 prietenul său D. Voinov (1867—1951), profesor de zoologie și morfologie generală la Universitatea din București, care, pe lîngă o vastă erudiție, poseda și un talent puțin obișnuit de polemist.

Care era atitudinea lui Maiorescu față de transformism și, în general, față de teoriile materialiste în științele naturii o arată faptul că, în 1891, el a tradus și publicat în „Convorbiri" discursul lui Du Bois-Reymond „Limitele cunoașterii naturii". În această lucrare profund idealistă, fiziologul german lansase formula — devenită lozinca agnosticismului pozitivist — „ignoramus et ignorabimus", prin care proclama incapacitatea științei de a cunoaște esența fenomenelor naturii.

---

[1] **Voinov D.** Transformism sau paulism. **Convorbiri literare**, ianuarie 1906.

Prin educația primită la colegiul catolic „Theresianum" din Viena și mai ales prin poziția sa politică conservatoare, Maiorescu nu putea fi decît un dușman al darwinismului, pe care îl prezenta studenților prin prisma deformantă a pseudoevoluționismului reacționar al lui Spencer. În ce privește atitudinea lui față de Haeckel, este suficient să menționăm că, în scrisoarea adresată lui Du Bois-Reymond, în care îi cerea autorizația să publice traducerea amintită, Maiorescu calificase drept „dezgustătoare" (ekelhafte) lupta lui Haeckel pentru orientarea materialistă, anticlericală, în științele naturii. Apare astfel evident că scopul urmărit de Maiorescu prin deschiderea discuției în „Convorbiri" a fost tocmai popularizarea concepțiilor înapoiate în știință și filozofie.

Se pune întrebarea dacă ieșirile antitransformiste ale lui Paulescu reprezintă un fenomen întîmplător, o manifestare nesemnificativă în cultura noastră de la începutul acestui secol, dacă încurajarea de către Maiorescu a unor asemenea ieșiri constituie de asemenea un fapt izolat.

★

În preajma anului 1900 asistăm, pe plan mondial, la o recrudescență a idealismului în știință și filozofie.

În fizică, de pildă, o serie de cercetători fără pregătirea ideologică necesară și mai ales cei aflați pe poziții reacționare de clasă s-au găsit complet dezorientați în fața recentelor descoperiri, care dovedeau structura complexă a atomului. Prizonieri ai teoriilor idealiste și ai metodei metafizice, acești cercetători ajungeau să afirme că materia este doar o „ficțiune", că „materia dispare", contestînd orice valoare obiectivă adevărurilor stabilite de știință. Se lăsa larg deschisă poarta pentru concepțiile mistice și retrograde ale lui Mach, Avenarius și adepților lor, demascați nimicitor în opera lui Lenin „Materialism și empiriocriticism".

Această „criză a fizicii", cu ecouri în multe sectoare ale culturii burgheze, trebuie pusă în legătură directă cu valul de obscurantism pe care l-a ridicat apariția imperialismului, stadiul ultim al capitalismului. Putrefacția sistemului social-economic nu putea să nu aibă consecințe nefaste și în ideologie. Burghezia epocii imperialiste, străduindu-se să mascheze contradicțiile din ce în ce mai grave ale sistemului capitalist muribund și să demobilizeze forțele revoluționare, cultivă agnosticismul, subiectivismul și fideismul.

Asistăm de aceea și în biologie la o ofensivă a teoriilor idealiste. Sub firma „neodarwinismului", a început în această perioadă o promovare sistematică a concepțiilor antidarwiniste, fiind reactualizate, mai mult sau mai puțin fățiș, tezele creaționiste și vitalismul, curentul care vede esența fenomenelor biologice în intervenția unor forțe imateriale. Se pun astfel, acum 50 de ani, bazele geneticii formale mendelist-morganiste, care avea să servească drept „suport teoretic" cîtorva din cele mai canibalice curente ale epocii imperialiste, ca eugenia, neomalthusianismul, rasismul etc.

K. A. Timiriazev a știut să dezvăluie o latură esențială a mendelism-morganismului, curînd după apariția lui: „Cauza acestui fenomen neștiințific trebuie, probabil, căutată în împrejurări de ordin tot neștiințific. Sursa acestei epidemii, în fața căreia istoricul științei de mai tîrziu se va opri nedumerit, trebuie căutată într-un alt fenomen, care se desfă-

şoară nu numai paralel, dar, fără îndoială, şi în legătură cu ea. Acest fenomen este intensificarea reacţiunii clericale împotriva darwinismului" [1].

Ofensiva clericală împotriva fundamentului materialist al concepţiilor lui Darwin apare ca unul din simptomele descompunerii ştiinţei burgheze în condiţiile specifice ale imperialismului.

Regimul burghezo-moşieresc din Romînia oferea şi el teren prielnic pentru dezvoltarea teoriilor idealiste caracteristice epocii imperialiste. După 1900 are loc la noi o înăsprire a luptei de clasă: mişcarea muncitorească se regrupa după trădarea „generoşilor", iar frămîntările ţărănimii crunt exploatate se înteţeau, anunţînd marile răscoale din 1907. Pe de altă parte, aservirea tot mai accentuată a economiei noastre de capitalul financiar străin nu putea decît să ascută multiplele contradicţii.

Burghezia începe să recurgă la metode noi pentru a-şi menţine poziţiile din ce în ce mai şubrede. Ea încurajează diversiunea antisemită, acordînd în acelaşi timp o atenţie deosebită captării tineretului studios şi folosirii lui ca masă de manevră. Pentru a transforma studenţimea într-un instrument al reacţiunii era însă necesar ca ea să fie îndepărtată de la preocupările de cultură şi progres. Alături de A. C. Cuza, Şumuleanu şi alţii, Paulescu şi-a luat sarcina de a insufla studenţilor iraţionalismul şi ura faţă de om.

Astfel, timp de 30 de ani i s-a dat posibilitatea să răspîndească de la catedră şi prin scris concepţii retrograde, negînd determinismul şi recurgînd la explicaţii mistice, înjositoare pentru ştiinţă.

El se declara partizan al subiectivismului kantian, proclamînd noţiunea de cauză ca apriorică şi fără valoare obiectivă, ca fiind „introdusă" în fenomene de „inteligenţa" subiectului cunoscător: „simţurile nu percep decît fenomenele şi modul lor de succesiune, iar nu relaţiile de cauzalitate şi finalitate. Aceste două noţiuni sînt, atît una cît şi alta, concepute în inteligenţă şi ambele au aceleaşi drepturi de a fi primite în ştiinţă".

De fapt, motivul pentru care el respinge caracterul *obiectiv* al cauzalităţii este străduinţa de a impune în ştiinţă acceptarea cu drepturi egale a noţiunii *subiective* de finalitate. Această finalitate el caută să o deducă din înlănţuirea şi coordonarea proceselor biologice, ceea ce ar presupune existenţa unei conştiinţe care prestabileşte „scopul" diferitelor funcţii ale organismului.

Poate însă să rămînă uimit şi să tragă concluzii fideiste în faţa complexităţii morfo-fiziologice a unui animal superior doar cel care nu vrea să ţină seamă de unitatea dintre organism şi mediu. Dar cine urmăreşte felul cum, sub înrîurirea condiţiilor de mediu, organizarea substanţei vii se complică şi se desăvîrşeşte în sens adaptativ, începînd de la formele necelulare pînă la organismul uman, cine procedează deci dialectic, capătă convingerea fermă că înlănţuirea şi coordonarea proceselor biologice nu reprezintă produsul unei inteligenţe supreme, ci rezultatul unui strict determinism material.

Conform teoriei lui Paulescu „sufletul este agentul care reglează divizarea celulelor, diferenţierea lor, dispoziţia lor după un plan prestabilit, în vederea formării unor organe cu funcţii speciale, organe care nu vor funcţiona decît mai tîrziu". Dar prin aceasta, însăşi ereditatea

[1] Timiriazev K. A. — Metoda istorică în biologie, pag. 261.

era negată, odată ce dezvoltarea individuală a plantei sau animalului depinde exclusiv de capriciile faimosului „suflet".

Pentru a susține teza spiritului atotdeterminator, Paulescu face și afirmația, de o inexactitate grosolană, după care „ouăle fecundate ale diferitelor ființe vietuitoare sînt identice ca formă și compoziție chimică". Astfel, „înainte de intervenția sufletului", oul de om seamănă perfect cu cel de cîine, declară el, în ciuda celor mai elementare date citologice.

Absurdităţile debitate în această direcție nu se opresc însă aici. El susține că „definițiile speciei, date de diverși autori, sînt toate incomplete, căci nici una din ele nu ține seama de caracterele psihologice, a căror importanță e capitală". Așadar, caractere psihologice nu se întîlnesc numai la om, ci la toate plantele și animalele, ba chiar și la diferitele specii microbiene... De vreme ce fiecare bacterie are un suflet al său!

Presupunînd „demonstrată" existența sufletului, Paulescu se hotărăște să atace și problema: „care este cauza sufletului?". Nimic mai simplu decît să deducă existența unui „inginer" divin, care a stabilit planul mașinii biologice și modul ei de funcționare (iată un exemplu cum analogiile mecaniste duc în biologie la idealismul vitalist). De altminteri, el nu se sfiește să menționeze, printre dovezile finaliste ale nesfîrșitei înțelepciuni și puteri a acestei „cauze prime", faptul că „organele genitale ale unui individ se adaptează la organele genitale, altfel conformate, ale unui alt individ, de sex diferit"...

Cu orice prilej, el declara cu emfază că ar fi dobîndit pe cale experimentală, „în mod științific", convingerea sa despre existența sufletului. În realitate, această convingere și-a format-o cu prilejul „meditațiilor" organizate de călugării dominicani în spitalul „Notre-Dame du Perpétuel Secours" din Paris, unde fusese intern. În acest așezămînt susținut de aristocrați pioși, el a studiat cu zel operele lui Toma d'Aquino, teologul care fusese proclamat în 1879 de papa Leon al XIII-lea „autoritatea" veșnică și incontestabilă în domeniul filozofiei, religiei, sociologiei, moralei și politicii. Cît de puternic s-au imprimat în gîndirea lui Paulescu concepțiile tomiste o dovedește și acest scurt extras din lucrările scriitorului catolic: „Vedem natura întreagă urmînd legea finalității. Lucrurile tind către scopuri folositoare și determinate. Aceste ființe sînt totuși lipsite de inteligență. Trebuie deci ca ele să fie diriguite, conduse de o inteligență, care le pune în mișcare. Lumea aceasta, în mers către țeluri determinate, pare că ne arată cu degetul o ființă care, sus, o conduce și o cîrmuiește. Aceasta este dumnezeu" („Comentariile asupra sfîntului Ioan"). Recunoaștem în acest text religios din secolul al XIII-lea pînă și expresiile favorite din operele „biologice" ale lui Paulescu.

Acesta ajunsese să se bucure de atîta încredere în cercurile catolice, încît i s-a propus să lucreze la Universitatea din Freiburg, condusă de dominicani. El însă a preferat catedra de fiziologie de la Facultatea de medicină din București.

Întors în țară, el nu a îndrăznit să mărturisească deschis înclinația sa pentru catolicism, conștient fiind că astfel și-ar periclita poziția socială, dar, a dus tot timpul un joc dublu. Pînă la urmă, atitudinea sa de susținere a Vaticanului a determinat Patriarhia să-i interzică să mai predice în biserici.

Fondul antitransformismului său apare clar: avem de-a face cu un reprezentant tipic al reacțiunii clericale în știință, încadrîndu-se în ofensiva generală dezlănțuită la începutul acestui secol de idealiștii de toate nuanțele și din toate domeniile; intervenția lui nu se deosebește decît prin faptul că atacurile sale împotriva materialismului sînt directe, orbești, fără a mai recurge la vreo travestire.

Caracterul adînc reacționar al concepțiilor lui Paulescu iese în evidență și atunci cînd este vorba de convingerile sale politico-sociale. El considera sociologia drept „ramura culminantă a biologiei", nerecunoscînd specificul fenomenelor sociale, după cum, atunci cînd acorda trăsături psihologice microbilor, la fel nu recunoștea deosebirea dintre om și celelalte viețuitoare.

Toate organismele se conduc, afirmă el, după instinctele sădite în ele de creator, prin intermediul sufletului lor individual. Printre instinctele sociale, cărora toate ființele trebuie să li se supună „pentru a se putea dezvolta și reproduce în liniște", se enumeră și... instinctul de proprietate individuală. Ba, mai mult, el ține să precizeze că proprietatea colectivă este „împotriva naturii". Desigur că întreaga teorie asupra „instinctului de proprietate" nu urmărea decît combaterea concepțiilor revoluționare și „justificarea biologică" a exploatării capitaliste.

La fel de reacționară este și teoria sa după care organizarea socială s-ar întemeia pe un instinct special, „instinctul de dominație și subordonație", datorită căruia „capii de familie, de triburi, de nații, au un fel de simpatie pentru supușii lor, iar aceștia, la rîndul lor, resimt gratitudine pentru șefii lor binefăcători". Supunerea și dragostea pentru conducătorii politici din acea vreme era astfel proclamată drept o atitudine „instinctivă", corespunzătoare însăși naturii biologice a omului!

Ca să nu lase nici un dubiu asupra realității „instinctelor sociale", Paulescu pretinde că a descoperit, pe cale speculativă, și localizarea lor pe scoarța cerebrală. Astfel, centrul cortical al instinctului de proprietate „trebuie să fie vecin cu cel al instinctului de nutriție", plasat pe partea inferioară a lobului frontal, iar centrul instinctului de dominație „trebuie să se găsească prin domeniile instinctului de relație", adică undeva la nivelul polului posterior al emisferelor... Caracterul fantezist al unor asemenea „localizări" nu mai are nevoie să fie subliniat.

Dar satisfacerea instinctelor poate lua la oameni, după părerea sa, o formă „deviată, alterată", care se abate de la armonia prestabilită. Am avea de-a face, în acest caz, cu „sindroamele instinctive" sau cu „patimile", al căror agent etiologic n-ar fi altul decît „un spirit rău, imaterial (demonul, diavolul), care ar acționa în vederea unui scop rău, cel de a dăuna oamenilor". Noțiunea de „patimă" nu are, așadar, decît rostul de a constitui echivalentul pretins biologic al „păcatului" teologal: păcatul, nesocotirea finalității divine, explică suferințele fizice și morale ale omenirii.

Este lesne de înțeles care pot fi concluziile medicale ale unor asemenea teorii obscurantiste. Întreaga condiționare socială a bolilor este negată, căci vina pentru îmbolnăviri revine dracului și celor care se lasă ademeniți de el. Dacă St. Stîncă demonstrase importanța „mediului social ca factor patologic", Paulescu, dimpotrivă, se străduiește să absolve regimul burghezo-moșieresc de răspunderea pentru toate calamitățile provocate de nedreapta orînduire social-economică. Odată ce se

susține că suferințele sînt provocate de cauze oculte, tratamentul medical trebuie socotit mai puțin eficace decît acatistul și maslul.

La elaborarea teoriilor sale asupra „patimilor", Paulescu avusese grijă să noteze că „dorința, chiar exagerată, de a guverna, cînd aceasta nu are ca obiect decît binele general", nu poate fi inclusă printre varietățile „patimii de dominație". Precauția aceasta a luat-o probabil în legătură cu dorința sa de a juca un rol activ în viața politică a vremii, candidînd în cîteva rînduri (de altminteri, fără succes) pe listele electorale cuziste.

Concepțiile sale politice se rezumau la profesarea celui mai feroce antisemitism, a unui șovinism dement. Este semnificativă reeditarea „operelor" lui tocmai în anii războiului fascist, în anii cînd la Maidanek și Auschwitz funcționau „cuptoarele morții".

Unii încearcă să explice aberațiile criminale susținute de Paulescu prin faptul că acesta a fost un dezechilibrat, un „caz patologic". Într-adevăr, nu este greu de stabilit că mintea lui nu funcționa normal, dar se pune întrebarea, de ce tocmai o asemenea figură întunecoasă a fost proclamată de fasciști drept „prototipul savantului", iar „opera" lui calificată genială.

Paulescu nu este o apariție întîmplătoare în viața publică a Romîniei de ieri. Eforturile sale de a înăbuși orice tendințe progresiste în știință corespundeau intențiilor celor mai reacționare cercuri de la noi de a recurge la metode teroriste fasciste în exercitarea dictaturii lor de clasă.

★

Polemica iscată de ieșirile antidarwiniste ale lui Paulescu reprezintă și prin durata sa un eveniment unic în cultura romînească: discuția s-a prelungit timp de șase ani!

Cînd analizăm calitatea și amploarea argumentării lui Leon și Voinov, consecvența lor în demascarea fondului antiștiințific al teoriilor adversarului, trebuie să ținem neapărat seama de gradul de dezvoltare atins de științele naturii acum o jumătate de secol. Desigur că altele sînt mijloacele de care dispunem actualmente pentru combaterea tezelor idealiste în biologie: progresele incomparabile realizate prin fundamentarea materialist-dialectică a cercetărilor au îmbogățit știința cu un bagaj imens de date, care confirmă justețea evoluționismului.

Slaba dezvoltare a unei agrobiologii cu adevărat științifice împiedica, de pildă, pe Leon și Voinov să combată cu suficientă tărie tezele absurde ridicate de Paulescu în problema hibridării. Dar pe cînd acesta contesta posibilitatea de a se obține soiuri stabile din încrucișarea între specii, miciurinismul, permițînd o înțelegere adîncă a fenomenului hibridării sexuate și vegetative, a demonstrat că este cu putință să se obțină hibrizi viguroși, fecunzi și stabili chiar între genuri (iar acum se desfășoară experiențe promițătoare de încrucișare a unor plante din familii diferite).

In ceea ce privește problema apariției substanței vii din materia anorganică, ne aflăm într-un stadiu de dezvoltare a științei în care „generația spontană" nu mai reprezintă o simplă ipoteză. Progresele chimiei biologice, sintezele de laborator ale unor compuși organici tot mai complecși și, mai ales, descoperirile savantei O. B. Lepeșinskaia cu privire

la formarea celulei din substanța vie necelulară, fac ca pentru orice savant cinstit să nu mai existe între materia vie și materia fără viață acea „prăpastie de netrecut" pe care Paulescu se complăcea să o sublinieze.

Leon și Voinov au avut meritul că, deși dispuneau numai de datele premiciuriniste, în explicarea apariției și evoluției formelor vii s-au menținut într-un cadru strict științific, respingînd teoriile care ar fi presupus intervenția unei forțe supranaturale.

Cît de convins era Leon de necesitatea unui răspuns prompt dat elucubrațiilor paulesciene, ne-o arată faptul că primul său articol polemic a fost gata pentru a fi publicat chiar în numărul din aprilie 1903 al „Convorbirilor literare".

Combătînd creaționismul și apărînd teza generației spontane, Leon observă că Paulescu greșește cînd nu trage o linie de demarcație între vechile teorii, care afirmau posibilitatea formării unor organisme superioare (viermi, păsări, mamifere, ba chiar și „omuleți") direct din materia fără viață, și între concepția modernă a generației spontane (Leon o denumește cu termenul haeckelian de „arhigonie"), care recunoaște posibilitatea apariției din materia anorganică numai a formelor celor mai elementare ale substanței vii. Identificarea de către Paulescu a acestor două concepții radical deosebite avea ca scop tocmai compromiterea ideii apariției vieții fără vreo contribuție exterioară.

Leon ia atitudine împotriva finalismului și aduce în sprijinul darwinismului o serie de date referitoare la transformarea speciilor, la hibridare, la ereditatea caracterelor dobîndite. El insistă asupra semnificației legii biogenetice fundamentale, arătînd că „în ontogenie se citește ca într-o carte derivarea speciilor".

În cursul polemicii, Leon amintește în favoarea evoluționismului și faptul, demonstrat de paleontologie „pînă la evidență", al înrudirii dintre om și antropoide. El menționează, cu acest prilej, argumentele serologice cu privire la descendența comună a omului și maimuțelor superioare, citînd pe I. I. Mecinikov. Paulescu a evitat însă să intre în discuție pe o temă atît de neplăcută creaționiștilor.

Poziția adoptată de Leon în această polemică decurgea din concepțiile lui biologice și sociale.

În „Amintirile" sale, el arată că se numără printre cei pentru care „sufletul nu este decît suma funcțiilor cerebrale, care s-au dezvoltat paralel cu organul lor anatomic (creierul). Viața nu este decît un schimb continuu între distrugerea și reconstrucția unităților chimice ale protoplasmei". Deși într-o formă oarecum simplificatoare, Leon expune aici două teze fundamentale ale biologiei materialiste, adevărate pietre de încercare a justeței orientării în acest domeniu: pe de o parte, recunoașterea rolului metabolismului ca proces biologic esențial, iar pe de altă parte, afirmația că gîndirea este un produs al creierului, deci al materiei superior organizate. Aceasta reprezintă o netă luare de poziție împotriva vitalismului și a altor varietăți ale idealismului în științele naturii.

De altfel, Leon a fost un luptător activ împotriva misticismului și a superstițiilor, pentru răspîndirea cunoștințelor științifice în mase. Introducerea studiului transformismului în programa analitică a liceelor se datorește tot străduințelor sale.

El a luat atitudine împotriva concepțiilor retrograde nu numai în polemica avută cu Paulescu. Putem aminti în acest sens și conflictul său cu A. C. Cuza, provocat de faptul că Leon, împreună cu un grup de profesori universitari ieșeni, ceruse desființarea sfeștaniei la deschiderea cursurilor.

El poate fi încadrat printre savanții din a doua jumătate a secolului trecut, pe care Engels i-a denumit „materialiști rușinați", deoarece sub influența pozitivismului se dezic eau de materialism, deși, în fond, întreaga lor operă se baza pe recunoașterea existenței realității obiective: „cu ideile mele cadrează, cred, mai bine realismul, dar în nici într-un caz materialismul", afirma materialistul Leon.

Multe din inconsecvențele sale se datoresc și influenței puternice pe care a exercitat-o asupra lui personalitatea lui Haeckel, sub a cărui îndrumare directă și-a făcut studiile la Iena. Leon n-a fost capabil să considere critic unele laturi mai puțin satisfăcătoare ale concepției marelui darwinist.

Dar în ce privește convingerile politice, Leon nu a împărtășit vederile mai degrabă reacționare ale maestrului său, după cum s-a abținut să-l urmeze pînă la capăt pe Haeckel și în absurdele încercări ale acestuia de a întemeia noua religie „monistă".

Atitudinea democratică a lui Leon se datorește în primul rînd faptului că, în tinerețe, el se apropiase de mișcarea socialistă, care abia se înfiripa la noi. Ca elev de liceu, a stat sub înrîurirea grupului revistei „Contemporanul", revistă pe care mai tîrziu o considera „cea mai îndrăzneață și mai incisivă care a fost vreodată în țară". In această perioadă începuse să citească din Marx, iar entuziasmul său pentru ideile înaintate ale lui Zubcu-Codreanu era atît de mare, încît învățase pe dinafară fragmente întregi din „scrisorile" acestuia. Pînă la urmă, a și fost eliminat din școală pentru legăturile lui cu cercurile socialiste.

Ulterior, sub influența lui Haeckel și mai ales a mediului burghez în care s-a încadrat (Leon provenea dintr-o familie boierească din Botoșani), el n-a mai mers pe calea pe care pornise în adolescență. Dar nici nu a devenit un politician burghez militant, cum au făcut „generoșii".

Idealurile sale politice, pe care le considera „socialiste și antimilitariste", el le exprima în 1922 într-un „program, în care s-ar înscrie: 1) împărțirea pămîntului obștiilor sătești; 2) dispariția capitalismului ereditar și a dreptului de a testa; 3) transformarea statului într-o societate de asigurare contra tuturor relelor care pot atinge populația". Punctele programatice enumerate aici desigur că nu derivă din socialismul științific marxist, dar, cu tot caracterul lor limitat și utopic, ele nu se împăcau cu concepțiile oficiale ale regimului burghezo-moșieresc. Ca rector al Universității din Iași, după primul război mondial, Leon a condamnat public huliganismele studenților cuziști, iar la „procesul din Dealul Spirii", înscenat congresiștilor care în mai 1921 votaseră crearea Partidului Comunist din Romînia, el s-a prezentat ca martor al apărării.

Prin cercetările sale originale în domeniul parazitologiei, prin activitatea sa didactică la Facultatea de medicină din Iași, și mai ales prin lupta sa neobosită pentru afirmarea materialismului, profesorul Leon merită un loc de cinste în istoria dezvoltării gîndirii științifice în țara noastră.

Intervenţia lui Voinov, adînceşte şi întregeşte contribuţia lui Leon la combaterea lui Paulescu. Voinov şi-a propus să lărgească orizontul polemicii şi, de aceea, nu s-a mai concentrat în direcţia prezentării de date experimentale, ci a atacat din plin problema valorii ştiinţifice generale şi a bazei filozofice a teoriilor în discuţie.

Mergînd pe această linie, Voinov a considerat potrivit să precizeze importanţa istorică a învăţăturii lui Darwin, încadrînd-o în procesul de dezvoltare a ştiinţelor naturii. El arată că orice mare om de ştiinţă nu trebuie considerat ca „izolat de spaţiu şi timp, după sistemul d-lui Paulescu, ci privit ca o părticică infimă, care trăieşte în mijlocul întregului univers, de la care primeşte tot felul de influenţe, cărora le răspunde prin reacţii variate. Tot ce există la un moment dat e legat cu trecutul şi legat cu viitorul ; această materialitate a dezvoltării lucrurilor şi evenimentelor explică şi partea de slăbiciune a darwinismului". Este evidentă aici preocuparea de a aplica metoda dialectică în aprecierea personalităţilor şi curentelor de idei.

Materialistul Voinov ia poziţie hotărîtă împotriva lucrărilor idealiste ale unor savanţi contemporani, care folosesc „aceleaşi deprinderi şi procedeuri intelectuale ca cele din vremea scolasticii, cînd oamenii, în toată plenitudinea facultăţilor, discutau cine are existenţă adevărată, obiectele pe care le vedem, pipăim, de existenţa cărora sîntem înştiinţaţi prin toate simţurile noastre, sau numai ideile generale".

Concepţiile mistice ale lui Paulescu, arată Voinov, n-au nimic comun cu progresul cunoaşterii ştiinţifice, căci noţiunile „suflet" şi „dumnezeu" nu reies din lucrări experimentale, cum pretinde susţinătorul lor, „ci au fost luate gata din biblie şi din filozofia scolastică şi în loc să fie „fundamentale" pentru ştiinţă... ele sînt, dimpotrivă, expresia celei mai desăvîrşite ignoranţe omeneşti".

Referindu-ne la biologie, Voinov promovează acelaşi punct de vedere materialist cînd condamnă vitalismul, arătînd că se impune „expulzarea definitivă din ştiinţă a tuturor puterilor de care un om de ştiinţă nu mai poate ţine seama astăzi : forţa vitală, suflet etc., resturi mintale ale misticismului medieval". Insistînd asupra importanţei schimbului de substanţă dintre organism şi mediu, el subliniază că mişcarea vieţuitoarelor nu-şi găseşte explicaţia în cine ştie ce esenţă imaterială, ci reprezintă „numai o transformare a mişcării chimice de asimilaţie, nevizibilă, însă neîntreruptă şi extraordinar de vie, care are loc în întregimea corpului nostru".

După cum se ştie, Darwin subapreciase multă vreme rolul *determinant* al mediului în privinţa *conţinutului* variabilităţii, admiţînd şi o „variabilitate nedeterminată", în sensul obţinerii unor modificări ale organismului inadecvate condiţiilor de mediu care le-au produs. Această teorie eronată a fost ulterior preluată de „neodarwinişti", tocmai pentru a lovi în fondul materialist al darwinismului, negînd complet transmiterea ereditară a caracterelor dobîndite.

Voinov a remarcat această latură deficientă a teoriilor lui Darwin, care admite variabilitatea „fără s-o aplice şi s-o determine. Din acest punct de vedere — adaugă Voinov — Darwin e inferior lui Lamarck. El ia fiinţa, o izolează de mediu, se mulţumeşte cu constatarea unor proprietăţi a căror cauză nu vrea să o determine şi încearcă să explice transformările numai prin acţiunea reciprocă dintre fiinţe (lupta pentru

existență), neglijînd influența continuă și covîrșitoare a mediului". Adîncimea acestor observații critice poate fi apreciată abia astăzi, cînd miciurinismul a demonstrat rolul hotărîtor al condițiilor de mediu și deci al metabolismului (ca expresie a unității dintre organism și mediu) în determinarea variabilității.

Într-o anumită măsură, Leon fusese influențat de concepțiile „social-darwiniste" ale lui Haeckel. Cît despre Voinov, el nu numai că nu a acceptat asemenea teorii, dar a știut să desluşească ce interese reacționare se ascund în dosul pretențiilor de a aplica selecția naturală și în cadrul societății omenești. Conform darwinismului social, arată el, „inegalitățile sociale își găseau imaginea în deosebirile individuale ale variabilității; organizația socială era rezultatul unei selecții îndeplinite în sînul unei societăți libere, în care naturala lege a luptei pentru trai hotăra izbînda celor mai destoinici și mai inteligenți; iar progresul capătă pentru prima dată, pentru clasele stăpînitoare, o înfățișare dulce, blajină de tot, căci trebuie să se facă încetul cu încetul, treptat și pe nesimțite, atîrnînd înainte de toate de factorul neomenesc, timpul îndelungat!". Această demascare a fondului „darwinismului social" ne arată că Voinov era preocupat și de probleme ce depășeau cadrul cercetărilor sale științifice de specialitate.

Iată-l, de altfel, declarînd deschis într-unul din articole: „zăcem încă în robia unei organizații sociale barbare" [1]. Și aceasta a afirma tocmai în anul răscoalelor țărănești!

Voinov a făcut cunoștință cu socialismul încă din anii de studiu, rămînînd apoi multă vreme în legătură cu mișcarea muncitorească de la noi. În 1893—1894 îl găsim colaborînd la „Literatura și știința" lui Gherea, remarcîndu-se prin articolele de popularizare a darwinismului, care depășeau net nivelul materialelor similare apărute pînă atunci în țara noastră. El a fost un susținător și un colaborator activ al presei socialiste din jurul lui 1900, străduindu-se prin scrisul său să răspundă interesului crescînd al maselor muncitorești pentru problemele științifice.

Nu se poate să nu amintim și de atitudinea lui Voinov în timpul evenimentelor din 1907. El a ridicat glasul cu mînie, denunțînd asasinarea în masă a țăranilor și netemeinicia insinuărilor provocatoare cum că răscoalele ar fi avut un substrat rasist (Cuvîntarea ținută la întrunirea publică din 11 martie 1907). Numai că limitările de clasă ale lui Voinov făceau ca el să nu vadă soluția în sprijinirea revoluționară de către muncitorime a răscoalelor țărănești, ci în obținerea votului universal, cu ajutorul căruia ar ajunge la guvern adevărații reprezentanți ai poporului.

Asemenea limitări explică, de altfel, și unele lipsuri în orientarea sa științifică, cum ar fi concesiile pe care le-a făcut uneori agnosticismului pozitivist, dominant pe atunci în știința oficială. Dar la Voinov acest agnosticism, mai ales în perioada polemicii cu Paulescu, nu reprezenta fondul concepțiilor sale, care a rămas materialist. Tocmai aceasta l-a determinat să combată cu atîta energie manifestările idealiste. Credem de aceea că și lui Voinov i se potriveau cele arătate de Lenin despre

[1] Voinov D. — Dovezile. **Convorbiri literare**, august-septembrie 1907.

Th. Huxley, că „sub agnosticismul lui se ascunde în fond materialismul“ [1].

Contribuția lui Voinov la demascarea obscurantismului lui Paulescu ne impresionează atît prin adîncimea tezelor științifice și filozofice ridicate, cît și prin pasiunea pusă în slujba adevărului. Valoarea lucrărilor sale în domeniul morfologiei și histologiei, precum și importanța îndelungatei sale lupte pentru materialism au fost recunoscute de regimul nostru de democrație populară prin numirea lui ca membru al Academiei R.P.R., la înființarea acesteia.

★

Ceea ce izbește în primul rînd cînd e vorba de modul în care Paulescu a răspuns criticilor lui Leon și Voinov, este preocuparea sa de a recurge la argumente extraștiințifice: tocmai pentru a-și masca neputința, el își acuză în permanență adversarii de lipsă de ton academic și corectitudine, amenință cu ruperea discuției, se plînge că „Convorbirile“ nu-i respectă ortografia franțuzită, atitudine care contrastează viu cu calmul și siguranța oponenților săi.

De altfel, cînd în aprilie 1909 Leon i-a cerut formal să răspundă care este „justificarea“ finalistă a existenței unor organe rudimentare, ca plica semilunară și mușchii pavilionului urechii la om, coada embrionară etc., el a preferat să înceteze definitiv discuția.

Semnificativ este că nici un biolog și nici un medic nu au intervenit pentru a-l susține în decursul acestei dispute. El a reușit să mobilizeze doar un... iniginer, Al. Perieteanu, care, prin cîteva bîiguieli mecaniste, a încercat să combată demonstrația lui Voinov asupra caracterului antiștiințific al pretinselor „forțe-entitate“, independente de materie, pe care Paulescu căutase să le strecoare în explicarea fenomenelor naturii.

Polemica lui Paulescu cu Leon și Voinov nu prezintă numai un interes istoric, ca un moment important în lupta pentru materialism, cînd a fost demonstrată cu evidență incompatibilitatea orientării idealiste cu progresul științei. Polemica aceasta are și o valoare actuală, căci tezele care s-au înfruntat atunci continuă și astăzi să se înfrunte, cu și mai mare îndîrjire. Ideologia burgheză în putrefacție se agață cu disperare de idealism.

Leon scria cu amărăciune în „Amintirile“ sale: „Citeam de curînd în ziarele străine că un profesor din New-York a fost judecat și condamnat să plătească o amendă de cîteva sute de dolari, fiindcă profesa în anul 1925 teoria lui Darwin“. Dacă Leon ar fi martor la proporțiile pe care le-a luat astăzi în S.U.A. fascizarea vieții publice și a culturii oficiale, ar avea motive să fie și mai deziluzionat.

Ofensiva clericală împotriva transformismului este departe de a fi încheiată. In 1950 chiar, papa Pius al XII-lea a lansat o enciclică în care condamnă teoria evoluției și cere „savanților“ catolici să urmeze strict dogmele biblice.

In contrast puternic cu deruta din tabăra mendelist-morganistă, se afirmă și se dezvoltă permanent darwinismul sovietic creator, miciuri-

[1] V. I. Lenin — Opere, vol. 14, pag. 82.

nismul, fundamentat pe materialismul dialectic, legat strîns de practică şi avînd în faţă obiectivul măreţ al transformării naturii în sensul intereselor oamenilor eliberaţi de sub orice exploatare. „Cazuri ca acelea din America — arăta I. V. Stalin în 1927 — unde darwiniştii au fost recent condamnaţi, nu sînt posibile la noi, deoarece partidul duce o politică de apărare prin toate mijloacele a ştiinţei“ [1].

Învăţătura lui Miciurin şi Pavlov deschide cele mai rodnice perspective şi pentru biologia şi medicina romînă.

Lucrare efectuată la Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei (director prof. Ilea Theodor).

---

1 I. V. Stalin — Opere, vol. 11, pag. 141.

SUMAR PE ANUL 1954

Numărul 1 Pag.

* * * Din partea redacției 3

Sesiunea Academiei de științe medicale a U.R.S.S. Articol **Jukov Verejnikov**: „Să întărim legăturile dintre știința și practica ocrotirii sănătății publice" . . 10

Dr. Pescaru Alex.: Actualitatea dispensarizării muncitorilor întreprinderilor industriale 20

Dr. Panchievici F.: Cum se aplică metoda dispensarizării la unele întreprinderi din Oradea 35

Dr. Coroi V.: Indicații practice asupra soluționării unor probleme organizatorice ale spitalelor unificate de copii 40

Veliciu S.: Aspecte din activitatea de ocrotire a mamei și copilului la circ. sanitară rurală Lăpușel, Regiunea Baia Mare 53

Dr. Vergulescu Al.: Metode de studiu și evidență a endemiei tuberculoase . . 57

Prof. Dr. Bologa V.; Conf. Dr. Ghelerter I.: Mărturii contemporane despre alimentația țăranului romîn în trecut 70

Referate 86

Numărul 2

Conf. Dr. Al. Pescaru: Ocrotirea sănătății oamenilor muncii în Republica Populară Romînă 3

Conf. Dr. Grosz Géza: Concepții înaintate privind sănătatea publică în gîndirea lui Victor Babeș 15

Prof. L. Grom, M. Olteanu: Cîteva probleme în legătură cu îmbunătățirea organizării asistenței medico-sanitare la sate 29

M. Duport, Conf. Dr. N. Pozsgi, I. Gherman: Criterii pentru aprecierea eficienței muncii de combatere a malariei 40

A. Köppick, A. Vitalyos, N. Coja, E. Menyasz: Cercetări cu privire la munca femeii în industrie 45

D. Chiriac: Metode de analiza morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă 58

M. Ancuța, I. Pod: Considerațiuni asupra interpretării morbidității din întreprinderi 66

A. Fodor, V. Manu: Reducerea morbidității în unele întreprinderi din orașul Tîrgu-Mureș 74

V. Manoliu: Începuturile organizării sanitare în orașul București 84

Notă medico-istorică. Dr. I. S.: 75 de ani de la moartea lui N. P. Zubcu-Codreanu. 90

Referate 94

Numărul 3

* * * Directivele Congresului al II-lea al Partidului cu privire la dezvoltarea agriculturii în următorii 2—3 ani și sarcinile care se desprind pentru organele de ocrotire a sănătății 3

Prof. Dr. Ilea Th. și Prof. Dr. Grom L.: Principiile de bază ale organizării ocrotirii sănătății populației din mediul rural 5

Pag.

Dr. Stoenescu Victor: Măsurile tehnico-organizatorice aplicate de secția sanitară a regiunii București pentru ridicarea nivelului asistenței medicale curativo-profilactice în mediul rural 23

Dr. Struhl I., Dr. Popescu Mariș Doina, Dr. Srager M.: Etapa actuală a asistenței medicale curativo-profilactice a copilului în mediul rural 32

Conf. Dr. Grosz G., Dr. Rădulescu M., Dr. Rusu R.: Noi metode de lucru pentru îmbunătățirea activității medicului internist de circumscripție al spitalului unificat orășenesc 43

Dr. Sortan V.: Aspecte din aplicarea metodei examenului complex la o uzină metalurgică din Cluj 62

Dr. Ieniștea O. și Dr. Negru A.: Eficiența staționarului de pe lîngă dispensarul unei întreprinderi carbonifere din raionul Reșița 70

Conf. Dr. Ghelerther I.: Personalitatea lui Victor Babeș 79

Referate 92

Numărul 4

* * * Dezvoltarea cercetărilor de istoria medinicei în R.P.R. 3

Conf. Dr. Al. Pescaru, candidat în științe medicale: Medicul organizator al ocrotirii sănătății 13

Prof. Dr. Ilea Theodor, Dr. Pereținu D., Voiculescu M.: Organizarea asistenței medico-sanitare din întreprinderile forestiere 26

Dr. Ancuța M., Dr. Pod I., Dr. Gaita I., Dr. Lăzărescu O.: Aspecte de morbiditate din S.M.T.-uri 44

Dr. Ludu Remus: Dispensarizarea sportivilor 53

Dr. Mircea Mona, Dr. Crîngu M. și un colectiv de colaboratori externi: Cercetări asupra organizării ocrotirii sănătății femeii muncitoare în profilul obstetrico-ginecologic 69

Dr. Izsak Samuil: Cu privire la problema muzeelor de istoria medicinei și istoria farmaciei din R.P.R. 81

Referate 96

Intreprinderea Poligrafică nr. 2, str. Brezoianu nr. 23—25, Bucureşti — c. 1827

OMK
E 1742
KAT

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN RPR

Institut. de [illegible] Tehnică
BUCUREȘTI
ОБМЕН - CSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - CMEHA

2

1955

APRILIE — IUNIE

EM

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA ŢHEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacţie: Dr. TIRNAVEANU BASIL

Membri ai Colegiului de redacţie:

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHERGHIŢOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREŞAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PIRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ŞTEFĂNESCU LEON, dr. VILCOCI ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE.

Országos Műszaki Könyvtár TULAJDONA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul V aprilie 2 iunie 1955

SUMAR

Pag.

Conf. GÉZA GROSZ, B. TIRNĂVEANU, RUTH RUSSU: Primele rezultate ale experimentării sistemului ciclic de muncă a medicilor consultanți din spitalul unificat orășenesc 3

Conf. A. KELEMEN: Principiile atestării și rolul ei în calificarea și promovarea cadrelor medicale 24

Conf. S. RAPOȚESCU: Metode de ridicare a calificării profesionale a cadrelor de igieniști, folosite în Sanepidul central și cele raionale din București 33

Conf. M. IALOMIȚEANU, M. OLTEANU, T. OLARIU: Cîteva probleme în legătură cu îmbunătățirea asistenței medico-sanitare din sectorul piscicol (Delta Dunării) 41

M. GRUMĂZESCU: Coordonarea muncii profilactico-antiepidemice a medicilor de circumscripție de către epidemiologul spitalului unificat de copii 57

Conf. L. WASSERMAN: Formele de muncă ale serviciului de anatomie patologică bazate pe orientarea anatomo-clinică 63

GH. BUNGEȚIANU, C. ULPIAN, M. LINDENBAUM: Organizarea dispensarizării în cadrul rețelei unificate antituberculoase pe baza fișierului de grupare și programare 73

Conf. I. GHELERTER, D. HOCIOTĂ: Din istoricul organizării sanitare rurale 79

EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

СТР.

Г. Грос, Б. Тырнэveану, Р. Руссу — Первые результаты применения циклической системы работы врачей ординаторов городской объединенной больницы 3

А. Келемен — Принципы аттестации и ее роль в квалификации в выдвижении медицинских кадров 24

С. Рапоческу — Методы, применяемые центральным и районными санэпидами Бухареста для повышения профессиональной квалификации кадров гигиенистов 33

М. Яломицеану, М. Олтеану, Т. Олариу — Некоторые вопросы в связи с улучшением медико-санитарного обслуживания рыбоводческого сектора дельты Дуная 41

М. Грумэзеску — Координирование профилактической и противоэпидемической работы участковых врачей эпидемиологом детской объединенной больницы 57

Л. Вассерман — Формы работы патологоанатомического отделения, основанные на анатомо-клиническом направлений . 63

Г. Бунжецеану, К. Улниан, М. Линденбаум — Организация диспансаризации в рамках объединенной противотуберкулезной сети на основе картотеки по группам и планирования 73

С. Гелертер, Д. Хочиотэ — Из истории санитарной организации на селе 79

*Primele rezultate ale experimentării sistemului ciclic de muncă a medicilor consultanți din spitalul unificat orășenesc**

Conf. Géza Grosz, Basil Tîrnăveanu, Ruth Russu

Asistența medicală a populației orășenești a suferit o transformare adîncă în anul 1951, cînd, pe baza Decretului nr. 37 al Prezidiului Marii Adunări Naționale, s-a trecut la deservirea medicală prin spitalul unificat.

Spitalul unificat a creat premise organizatorice pentru aplicarea metodelor de muncă corespunzătoare concepției profilactice în medicină și astfel s-a putut trece la supravegherea medicală activă și individualizată a populației, legată de condițiile de muncă și de trai, și s-au putut aplica unele măsuri profilactico-curative complexe.

Prin întărirea asistenței medicale teritorializate la locul de muncă și de trai și prin asigurarea posibilităților unei calificări permanente a medicilor consultanți, s-a urmărit îmbunătățirea continuă a asistenței medicale a populației, unicul scop al spitalului unificat.

Unificarea a dus cu sine îmbunătățirea simțitoare a asistenței medicale curativo-profilactice, nu numai prin prisma creșterii numărului de unități și a cadrelor de specialiști, ci și din punct de vedere calitativ. Însuși faptul că în locul circumscripției anterioare unificării încadrată cu un singur medic, au apărut circumscripții deservite de un colectiv de specialiști, a contribuit la întărirea accesibilității asistenței medicale de specialitate, prin apropierea specialiștilor de locul de viață a populației.

Nivelul profesional al medicilor s-a ridicat într-o măsură simțitoare în cadrul spitalului unificat, iar în noul cadru organizatoric unele rețele au reușit să aplice și să îmbunătățească, față de anumite categorii de populație, metoda dispensarizării. Astfel, rețelele de ftiziologie și de pediatrie, și într-o măsură și cea de obstetrică și ginecologie, au obținut succese frumoase în acest domeniu.

Față de rezultatele pozitive obținute prin unificare, s-a constatat și existența unor lipsuri organizatorice care îngreunează continua îmbunătățire a asistenței medicale prin spitalele unificate și întărirea organizatorico-funcțională a acestor instituții.

Parte din aceste lipsuri sînt legate de însuși concepția care a călăuzit

---

* Lucrare efectuată în cadrul Centrului de organizare sanitară și istoria medicinei (dir. prof. T. Ilea), cu sprijinul Direcției asistenței medicale curativo-profilactice din Ministerul Sănătății (dr. A. Tudor), în colaborare cu colectivele medicale ale spitalelor unificate Tîrgoviște și Bacău.

la noi reforma unificării şi care a întipărit acestei acţiuni organizatorice largi o serie de trăsături caracteristice.

Astfel, în R.P.R. unificarea a fost înfăptuită într-o singură etapă, nu după unirea prealabilă a circumscripţiilor cu unităţile de asistenţă ambulatorie, adică după teritorializarea prealabilă a policlinicii, ca în Uniunea Sovietică. Acest fapt a determinat ca la noi să lipsească, în momentul unificării, tradiţia şi experienţa muncii teritorializate, îndrumate de o policlinică ca for de specialitate.

Faptul că în momentul înfiinţării spitalelor unificate forma lor organizatorică s-a axat în primul rînd pe deservirea populaţiei după locul de viaţă, şi nu pe criteriul asistenţei medicale preferenţiale a muncitorilor din întreprinderile industriale, a avut drept consecinţă o oarecare slăbire a deservirii medicale a acestora.

Activitatea zilnică a medicului de întreprindere în staţionarul spitalului unificat, conform graficului de muncă bifazic (de fapt trifazic) a adus după sine reducerea timpului acordat efectiv asistenţei medicale din întreprinderi.

Socotind anul la 284 de zile lucrătoare şi presupunînd că medicul lucrează zilnic patru ore în întreprindere, rezultă că din totalul de 1 988 de ore de muncă, 852 nu sînt efectuate în întreprindere. La această deficienţă se mai adaugă şi atitudinea conducerii unor spitale unificate, care nu acordă importanţa cuvenită problemelor asistenţei medico-sanitare din întreprinderi şi necesităţii scăderii permanente a zilelor de incapacitate temporară de muncă.

Măsurile luate prin H.C.M. nr. 1 830/1953, au reuşit să întărească asistenţa medicală la locul de muncă într-o oarecare măsură, mai ales în întreprinderile mari. În anul 1954 au urmat şi alte măsuri, care au avut drept scop întărirea asistenţei după locul de muncă, precum şi întărirea disciplinei în eliberarea certificatelor medicale în caz de incapacitate temporară de muncă, fără a se reuşi să se rezolve în întregime această problemă.

Spitalele noastre unificate de la toate nivelurile au fost organizate după acelaşi tip de spital unificat orăşenesc, şi normate cu personal în consecinţă. Faptul că marea majoritate a acestor spitale trebuie să acorde asistenţa medicală de specialitate şi populaţiei din raion şi regiune, fără să aibă asigurată pentru această sarcină baza materială necesară, constituie una din greutăţile de seamă în buna funcţionare a spitalelor unificate.

Ritmul forţat şi graba cu care a fost aplicată reforma unificării au atras după sine o seamă de deficienţe, care nu au putut fi lichidate în întregime nici pînă în ziua de azi. Această cuprinzătoare operaţie organizatorică nu s-a desfăşurat în etape şi în concordanţă cu posibilităţile locale atît de deosebite, ajungîndu-se astfel ca în unele oraşe să fie unificat staţionarul cu o policlinică situată la distanţă aprecialbă (Tîrgovişte, Suceava, policlinicile „filiale" din Bucureşti ş. a.), sau la unirea unui staţionar cu o capacitate redusă cu o policlinică mare, şi invers, situaţii care creează permanent greutăţi în buna funcţionare a instituţiei.

Acest ritm forţat socotim că poartă vina şi pentru faptul, considerat deosebit de grav de majoritatea organizatorilor de sănătate, că în momentul unificării s-a produs un dezechilibru între diferitele sectoare ale ocrotirii sănătăţii, în defavoarea accesibilităţii şi calităţii asistenţei medicale în mediul rural.

Rigiditatea sistemului de muncă bifazic și felul în care a fost aplicat nu a permis, de la bun început, ca organizatorii să aibă în vedere posibilitățile reale de cadre sau gradul de pregătire și de capacitate de muncă, atît de diferite, ale medicilor consultanți, impunînd pentru toți obligativitatea de a lucra zilnic un număr egal de ore în staționar.

Sistemul bifazic de muncă a medicilor consultanți existenți, prin timpul insuficient acordat acestora pentru activitatea în staționar, îngreunează o îngrijire și urmărire medicală corespunzătoare a bolnavilor internați și, după părerea noastră, limitează posibilitățile de perfecționare profesională a medicilor consultanți. Medicul consultant lucrează grăbit în toate verigile activității sale medicale.

Asistența ambulatorie a populației nu ocupă, în cadrul sistemului de muncă bifazic, locul important ce-i revine. Însăși existența a doi medici de circumscripție internişti face ca problemele circumscripției să nu poată fi cunoscute în ansamblul lor de ambii medici, îngreunînd răspunderea și conducerea unică, continuitatea urmăririi medicale a bolnavului la domiciliu sau locul de muncă și în policlinică, precum și întărirea legăturilor necesare cu celelalte rețele curativo-profilactice și cu rețeaua antiepidemică.

Activitatea conform graficului bifazic îngreunează ducerea la îndeplinire în bune condiții a sarcinilor ce revin medicului consultant principal în policlinică și pe teren, prin faptul că după plecarea medicilor consultanți din staționar, în jurul orei 11, medicii primari sînt nevoiți să asigure permanența medicală și continuitatea în supravegherea bolnavilor în staționar.

Deficiențele constatate se datoresc în parte însuși sistemului de muncă bifazic, altele rigidității cu care a fost aplicat, deficiențe ce se accentuează în unele situații, ca de pildă, distanța mare între staționar și policlinică, discordanță între mărimea staționarului și a policlinicii, sau planificarea de la început cu un număr insuficient de circumscripții medicale în raport cu necesitățile reale ale orașului.

Pe lîngă deficiențele organizatorice generale, dintre care unele au fost arătate, mai există și greutăți legate de alte cauze, ca de pildă, fluctuația cadrelor și folosirea medicilor de circumscripție pentru cele mai diverse însărcinări, fără nici o legătură cu deservirea medicală a populației din circumscripția lor, lipsa unor specialiști în mai multe spitale, preocuparea cu totul insuficientă a unor conducători de spitale pentru problemele ce nu sînt direct legate de staționarul propriu-zis. La aceste lipsuri se mai adaugă greutățile subiective atît de variate, legate de cadrele care acordă asistența medicală în spitalul unificat.

Față de această situație, se impunea căutarea și experimentarea unor forme organizatorice mai corespunzătoare. Trebuia găsit un sistem organizatoric mai puțin rigid ca cel actual, aplicabil cu succes într-un număr cît mai mare de unități spitalicești, care funcționează în diferite orașe și oferă condiții foarte variate, a căror rezolvare nu se poate face după un singur șablon organizatoric.

Materialul documentar din anii 1953—1954 din Uniunea Sovietică, privitor la introducerea experimentală a unui sistem de muncă nou, pe care îl denumim sistem de muncă ciclic, și primele rezultate semnalate într-un număr de spitale, ne-au îndemnat să-l aplicăm experimental, potrivit condițiilor noastre concrete, și să-l studiem.

I

În baza materialului documentar studiat şi a discuţiilor avute în cadrul şi în afara instituţiei noastre cu organizatorii de sănătate şi cu un număr de medici-şefi de secţie, precum şi cu conducătorii direcţiei de profil din Ministerul Sănătăţii, instituţia noastră a început experimentarea sistemului de muncă ciclic a medicilor consultanţi în spitalele unificate din Tîrgovişte şi Bacău, pe baza sarcinii trasate de conducerea Ministerului Sănătăţii.

Experimentarea a început, prin urmare, într-un spital mai mic, dintr-un oraş reşedinţă de raion, şi a continuat într-un oraş reşedinţă de regiune, cu un spital unificat corespunzător.

Premisa iniţială a studiului nostru a constat în întărirea asistenţei medicale de ambulator şi de staţionar prin lărgirea accesibilităţii şi îmbunătăţirea permanentă a calităţii acesteia, şi prin accentuarea conţinutului ei profilactic, în cadrul organizatoric asigurat prin sistemul de muncă ciclic a medicilor consultanţi. Spre deosebire de sistemul bifazic, în acest sistem medicii consultanţi de circumscripţie lucrează succesiv în policlinică şi în staţionar, dar locul de muncă al medicului consultant este în policlinica spitalului unificat. El este efectiv medicul circumscripţiei de o anumită specialitate (internist, pediatru etc.), care în anumite intervale lucrează un timp în staţionar, în vederea perfecţionării cunoştinţelor sale profesionale. În acest interval el este înlocuit în policlinică de unul din medicii din staţionar.

Iniţial, am considerat că încadrînd fiecare circumscripţie cu un singur medic internist, va rezulta în toate oraşele un plus de cadre, cu ajutorul cărora se va putea creşte numărul circumscripţiilor orăşeneşti existente, condiţie apreciată drept esenţială pentru trecerea la munca în sistemul ciclic.

Conform planului de cercetare, ne-am propus studierea sistemului de muncă ciclic în două etape: într-o primă etapă studierea organizării noului sistem de muncă, iar în a doua urmărirea conţinutului activităţii cadrelor de diferite grade, în noul sistem organizatoric.

★

În Tîrgovişte, oraş reşedinţă de raion, cu un număr relativ mic de întreprinderi productive, din care majoritatea nu au o organizare sanitară proprie, au fost trei circumscripţii medicale foarte întinse, fiecare cu un număr de populaţie ce depăşea mult media de 8000 de locuitori. Cu excepţia reţelei de ftiziologie, toate specialităţile se găseau în cadrul aceluiaşi spital orăşenesc unificat.

Policlinica de adulţi se află la o distanţă de $2^1/_2$ km de staţionar, distanţă care trebuie parcursă pe jos şi cauzează pierderea unui timp preţios.

Pînă la data de 1 august 1954, cînd s-a introdus sistemul ciclic, munca în Spitalul unificat din Tîrgovişte se desfăşura în felul următor:

a) În staţionar cei 6 medici internişti consultanţi aveau fiecare în sarcina lor un număr de 6—7 paturi în medie. Din cauza distanţei apreciabile dintre staţionar şi policlinică, medicii trebuiau să plece din staţionar în jurul orei 10,30, deci timpul petrecut în staţionar era în realitate de $2^1/_2$ ore în loc de trei.

Cu toată buna organizare a muncii în staţionar şi a eforturilor reale

depuse în acest sens de medici, munca la patul bolnavului nu se ducea în condiţii mulţumitoare.

In cele $2^1/_2$ ore de staţionar, medicii consultanţi lucrau în grabă, pentru a putea completa foile de observaţie, condica de medicamente, pentru a putea întocmi formele de ieşire ale bolnavilor etc. Medicii însoţeau rareori bolnavii la examenele suplimentare, iar vizita cu medicul consultant principal nu putea fi urmărită pînă la capăt, cu atît mai puţin vizita şefului de secţie. Participarea medicului consultant la precizarea diagnosticului nu era suficientă.

Continuitatea în îngrijirea bolnavilor în staţionar de către medicul lor de circumscripţie, practic, nu se putea respecta, întrucît repartiţia pe saloane făcîndu-se după sex, gravitate, forma nosologică etc. bolnavul ajungea numai întîmplător într-unul din paturile deservite de medicul său de circumscripţie. Nici continuitatea urmăririi în timp a bolnavilor nu se putea asigura, medicii consultanţi lucrînd numai $2^1/_2$ ore în staţionar.

Medicii consultanţi principali nu-şi îndeplineau sarcinile din policlinică, teren şi întreprindere, motivînd că staţionarul rămîne descoperit după ora 11 prin plecarea medicilor consultanţi. Astfel, de multe ori medicii consultanţi de policlinică trebuiau să trimită în staţionar bolnavii reţinuţi pentru consultul cu medicul consultant principal, spre a putea fi văzuţi de acesta.

In secţia de chirurgie, medicul consultant lucra între orele 8—10,30 în staţionar. Aci el participa numai la operaţii ca apendicite, hernii, chisturi etc., deci operaţii care se puteau executa în intervalul cînd era prezent. In operaţiile mari el nu putea să intre nici ca ajutor, pentru că nu-i permiteau cele $2^1/_2$ ore petrecute în staţionar, în care avea de îngrijit şi bolnavii lui. In felul acesta, în sistemul bifazic, în secţia de chirurgie din Tîrgovişte medicii consultanţi căpătau o pregătire limitată. Pentru a-şi pregăti un cadru bun de chirurg, medicul-şef de secţie trebuia să facă pe acest medic, fie medic de gardă, fie anestezist, pentru a-l ţine în staţionar şi a se ocupa în mod deosebit de el.

b) In policlinică consultaţiile se acordau alternativ, între orele 11—15 şi 15—19. Cu toate că indicele de aglomerare nu era ridicat (18,06 pe semestrul I 1954), totuşi în zilele în care consultaţiile erau înainte de amiază, medicul, venind la policlinică, găsea cea mai mare parte din bolnavii pe care urma să-i consulte aşteptînd. Medicul era obligat să îi consulte în grabă şi nu putea acorda suficient timp fiecărui bolnav. Zilnic un anumit număr de bolnavi, mai gravi sau mai nerăbdători, ajungeau la medicul de gardă spre a fi consultaţi, ne mai ţinîndu-se cont de teritorializare. Medicul consultant de teren stătea de obicei mai mult în staţionar (pînă la ora 11), ne avînd ore fixe de consultaţie. Drumul pînă la policlinică dura $^1/_2$ oră, notarea chemărilor la domiciliu şi consultarea fişelor îi luau tot atîta timp, astfel că practic îi rămîneau cam 3 ore pentru activitatea de teren. In aceste 3 ore se străduia să satisfacă în primul rînd vizitele la domiciliu, interesul şi activitatea pentru întreprinderile fără medic fiind foarte reduse. Pentru controlul periodic salariaţii erau trimişi la policlinică; studiul condiţiilor de muncă şi al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă erau complet neglijate.

Continuitatea muncii medicului consultant de circumscripţie nu era asigurată. Scoaterile repetate din producţie pentru diferite comisii, detaşări, specializare sau perfecţionare, concediile de boală sau de odihnă, făceau

ca sarcinile medicului absent să treacă asupra altui medic, care astfel era încărcat cu un volum apreciabil de muncă în plus. Bolnavul era îngrijit cînd de un medic, cînd de altul. Astfel, din trei medici internişti consultanţi de policlinică, prezenţi la începutul unificării, numai unul a rămas în continuare la circumscripţia sa ; din cei trei medici consultanţi de teren, doi.

Legătura dintre cei doi medici de circumscripţie, care se făcea la nivelul staţionarului, era formală şi ineficientă. Bolnavul era văzut de un medic la domiciliu sau la întreprindere, de un alt medic la policlinică şi, în majoritatea cazurilor, de al treilea medic în staţionar, pentru aceeaşi boală.

Consultaţiile pentru chirurgie începeau zilnic la ora 11 dar adesea medicul ajungea după ora 11 în policlinică. Bolnavii cu afecţiuni chirurgicale (abcese, panariţii, accidente de muncă) din oraş şi din raion protestau faţă de aceste întîrzieri. Cele mai multe plîngeri adresate directorului de policlinică le făceau bolnavii veniţi la cabinetul de chirurgie. O serie de bolnavi erau trimişi la spital, alţii erau consultaţi de felcer.

Pentru cabinetele de oto-rino-laringologie şi oftalmologie consultaţiile se dădeau între orele 11—15. Cea mai mare parte din aceste consultaţii erau date pentru bolnavii din raion (65% la oto-rino-laringologie şi 73% la oftalmologie în semestrul I, 1954), bolnavi care, venind de dimineaţă în Tîrgovişte, aşteptau în policlinică începerea consultaţiilor. La acestea se adăugau, întîrzierile frecvente ale medicului consultant din cauza distanţei dintre staţionar şi policlinică, ceea ce făcea ca aglomeraţia la aceste consultaţii să fie mare.

La Tîrgovişte s-a trecut la aplicarea sistemului ciclic la 1 august 1954, în reţelele de boli interne, pediatrie, obstetrică-ginecologie precum şi în secţia de chirurgie şi, concomitent, s-a crescut numărul circumscripţiilor medicale de la trei la patru, utilizîndu-se pentru aceasta fondul existent de cadre.

Repartizarea normelor medicale reiese din tabelul alăturat :

Tabelul 1

Tabel comparativ de repartizare a normelor de medici consultanţi în sistemele bifazic şi ciclic, în Spitalul unificat Tîrgovişte

Funcţia	Interne		Pediatrie		Obstetrică Ginecologie	
	46 de paturi		79 de paturi		34+5 paturi	
	bifaz.	ciclic	bifaz.	ciclic	bifaz.	ciclic
Medic consultant în staţionar	—	3	—	4	—	2
Medic de gardă în staţionar	1	—	—	—	1	—
Medic consultant de circumscripţie	6	4	3	4	2	2
Medic de gardă în policlinică	2	1	1	—	—	—
Medic şcolar	—	—	8½	4½	—	—
Medic creşe, cămin	—	—	½	½	—	—
Total . . .	9	8	13	13	3	4

Prin urmare, înmulțirea circumscripțiilor s-a putut face prin faptul că funcția de medic de gardă în staționar a încetat, pe baza ipotezei că medicii internişti consultanți, lucrînd 7 ore în staționar, pot asigura continuitatea supravegherii medicale, precum şi prin desființarea funcției de medic de gardă de după amiază în policlinica de adulți. Numărul redus de solicitanți (4—5 în medie) ne-a îndreptățit să luăm această măsură, lăsînd deservirea lor în seama cabinetelor de boli interne care funcționează după masă.

Pe lîngă problema înmulțirii circumscripțiilor ne-a preocupat de la început formarea a două grupe de medici consultanți, dintre care una să lucreze în staționar, a doua în policlinică şi pe teren, numărul medicilor primei grupe depinzînd de numărul paturilor, repartizînd pentru un medic consultant internist în medie 15 paturi.

Astfel, în sistemul ciclic în staționar lucrează, alături de medicul-şef de secție şi cei doi medici consultanți principali şi un număr de trei internişti consultanți, repartizați pe cele 46 de paturi ale secției de boli interne. Programul lor zilnic este de la orele 8—13 şi 17—19, cînd toți medicii din secție vin la contravizită în mod obligatoriu. Perioada de staționar a fost fixată provizoriu la trei luni, față de timpul dublu prevăzut pentru activitatea de asistență ambulatorie.

Primele 6 luni de activitate în sistemul ciclic ne-au arătat îmbunătățirea asistenței medicale acordată bolnavilor în staționar, prin faptul că medicii consultanți fiind în permanență la patul bolnavului, își pot îndeplini conştiincios, fără grabă, îndatoririle ce le revin. Această schimbare a fost imediat observată de bolnavi şi s-a oglindit concret în calitatea foilor de observație clinice, completate în primele 24, şi în multe cazuri chiar în primele 12 ore de la internarea bolnavului.

In acelaşi timp se asigură pentru medicii consultanți toate posibilitățile pentru ca în timpul petrecut în staționar să-şi ridice nivelul lor profesional, sub îndrumarea specialiştilor celor mai calificați.

Medicul consultant participă la vizita medicului său primar, urmăreşte bolnavul la radiologie şi alte examene complementare, asistă la intervențiile chirurgicale şi la examenele anatomopatologice, cînd este cazul, verificînd astfel pas cu pas diagnosticul pus în mod prezumtiv. Participarea medicilor la elaborarea unui diagnostic mai complex şi la indicarea tratamentului corespunzător a devenit mai activă; medicii consultanți își pot însuşi mai uşor o gîndire clinică şi pot aplica cu succes cele învățate, în activitatea lor din circumscripție.

Dacă putem afirma că la Tîrgoviște activitatea medicilor consultanți principali s-a îmbunătățit în staționar, nu se poate spune acelaşi lucru despre activitatea desfăşurată de ei în afara staționarului, deşi sistemul ciclic a asigurat condiții favorabile pentru aceasta.

In ceea ce priveşte eficiența muncii din staționar, fără să considerăm datele statistice culese ca suficiente pentru a trage concluzii, totuşi este interesant de arătat că mortalitatea în staționar a scăzut în semestrul II 1954 la 0,84% de la 1,49% din semestrul II 1953. In semestrul II 1954 nu a fost înregistrat nici un deces prin pneumonie sau bronhopneumonie.

In secția de chirurgie a Spitalului unificat din Tîrgoviște au fost create două posturi de medici consultanți chirurgi, prin desființarea funcției de medic de gardă. Unul dintre medicii consultanți a intrat în staționar, celălalt în policlinică, urmînd să roteze lunar.

In sistemul ciclic calificarea medicilor se face în condiţii mai bune, pentru că fiind permanent în staţionar ei pot participa şi la operaţii mai grele, care durează mai mult timp şi au posibilitatea de a urmări evoluţia postoperatorie la un număr mai mare de bolnavi.

După trecerea la sistemul de muncă ciclic, medicul consultant a devenit unic pentru circumscripţia sa şi-şi desfăşoară întreaga activitate cuprinsă în norma de 7 ore în policlinică şi pe teren.

In policlinică, graficul consultaţiilor în cabinetele pentru boli interne a rămas alternant; ceea ce este nou constă în începerea consultaţiilor dimineaţa de la ora 8. Numărul orelor destinate consultaţiilor în policlinică a crescut, global, de la 12 ore zilnic pentru trei circumscripţii, cum era în sistemul bifazic, la 16 ore pentru 4 circumscripţii, pentru aceeaşi colectivitate. Numărul global al orelor de teren a rămas neschimbat. Numărul orelor de consultaţii şi de teren nu se mai stabileşte însă rigid, ci după necesităţile reale ale populaţiei. Astfel, de pildă, sîmbăta consultaţiile durează numai trei ore, în schimb pentru teren medicul consultant cîştigă o oră în plus.

Cabinetul de gardă funcţionează numai dimineaţa, între orele 8—15.

Pentru chirurgie, consultaţiile se dau la policlinica din Tîrgovişte zilnic între orele 8—15; prin urmare numărul orelor pentru această specialitate a crescut în sistemul ciclic de la patru la şapte ore. Celelalte cabinete de specialitate funcţionează după vechiul orar.

Inceperea consultaţiilor la cabinetele de boli interne şi chirurgie la ora 8 dimineaţa, precum şi mărirea numărului cabinetelor de consultaţii şi a orelor destinate consultării bolnavilor, au avut un efect favorabil şi au contribuit la dispariţia aglomerării şi a cozilor de la serviciul de primire şi din unele săli de aşteptare, creînd condiţii de muncă mai bune pentru efectuarea consultaţiilor. Bolnavii se prezintă la consultaţii într-un ritm normal şi sînt primiţi de medic după o aşteptare de scurtă durată. S-a ajuns chiar la desfiinţarea bonurilor de ordine, care s-au dovedit inutile.

Cifrele din tabelul alăturat demonstrează creşterea indicilor de deservire a populaţiei cu consultaţii şi de aglomerare, ca urmare a unei accesibilităţi mai bune a asistenţei medicale ambulatorii.

Tabelul 2

Tabel comparativ cu indicele de deservire a populaţiei cu consultaţii de boli interne şi cu indicele de aglomerare a medicilor consultanţi internişti în policlinică

	Sem. II 1953	Sem. I 1954	Sem. II 1954
Indicele de deservire	0,15	0,23	0,43
Indicele de aglomerare	16,95	21,12	23,60

Faptul că în sistemul ciclic circumscripţia are un singur medic internist întăreşte principiul conducerii şi răspunderii unice. Medicul circumscripţiei are, de data aceasta, posibilităţi reale de a interpreta unele fenomene morbide în corelaţie cu condiţiile de viaţă şi de muncă.

În sistemul ciclic cele două verigi de importanță deosebită, terenul și policlinica, se leagă efectiv. Medicul circumscripției aduce în policlinică bolnavii lui examinați la domiciliu pentru a completa, de la caz la caz, observațiile sale cu alte examene, și își recrutează bolnavii pentru supravegherea activă la domiciliu, din rîndurile celor consultați la policlinică.

Nu posedăm încă date suficient verificate prin care am putea susține cifric cele observate și relatate. Din datele statistice reiese că a scăzut indicele deceselor la domiciliu din oraș față de totalul deceselor, la 20,5% în semestrul II 1954, în comparație cu 37,5% în aceeași perioadă a anului 1953. În același timp se observă o creștere a vizitelor active la domiciliu la 87,7% în semestrul II 1954, față de 74,31% înregistrate în semestrul I 1954.

Faptul că la Tîrgoviște fișele individuale ale bolnavilor internați în staționar se transmit medicilor de circumscripție — imediat după ce bolnavii au ieșit din spital — prin biroul de fișier, constituie una din formele de legătură între staționar și circumscripție.

Un alt aspect pozitiv, survenit în activitatea de teren a medicilor de circumscripție, a constat în faptul că ei au reușit să cunoască întreprinrile fără medic propriu, să le viziteze și astfel să cunoască măcar cîteva aspecte din procesul de producție, mediul de muncă, posibilitatea organizării mai bune a primului ajutor cît mai aproape de locul de muncă, precum și munca depusă de activul sanitar de masă. Față de 114 vizite medicale la întreprinderile fără medic în trimestrul III 1954, numărul lor a crescut în trimestrul IV 1954 la 231, și astfel au fost luate în evidență toate întreprinderile fără medic din raza de deservire a spitalului. Această activitate constituie numai un început, care are încă un caracter de luare în evidență, deoarece nu a fost urmată și de creșterea calității muncii medicale, prin întărirea activității profilactice pe baza analizei morbidității caracteristică diferitelor unități productive.

În sistemul de muncă ciclic, cadrele medii sanitare sînt mai îndeaproape îndrumate și controlate și deci munca lor este mai eficientă.

Legăturile între medicul de circumscripție și staționar, precum și între specialiștii diferitelor rețele care activează la nivelul circumscripției orășenești, au constituit în cadrul experimentării din Tîrgoviște o preocupare deosebită pentru noi, și au fost preconizate unele metode pentru întărirea lor.

Medicii de circumscripție participă de două ori pe lună la ședințele de referate științifice, care se țin la nivelul staționarului.

Arătăm pe scurt cîteva date privind rețeaua de pediatrie, urmînd ca analiza adîncită a acestora să fie făcută împreună cu Institutul de pediatrie, cu care se studiază problema sistemului ciclic în plan complex.

În rețeaua de pediatrie, trecerea la sistemul ciclic de muncă și creșterea numărului de circumscripții medicale au adus îmbunătățiri simțitoare.

În Tîrgoviște, față de 24 de ore de consultații săptămînale în sistemul bifazic, se dau în prezent 96 de ore, deci de patru ori mai mult, iar față de 42 de ore de teren se efectuează 72, deci o dată și jumătate ori mai mult.

Numărul vizitelor active crește, de la 1 158 în primul semestru al anului 1954, la 4 244 în al doilea semestru.

Indicele de internare pentru bronhopneumonii, dispepsii acute și toxi-

coze se îmbunătăţeşte. Mortalitatea cazurilor sub 1 an, la domiciliu, scade de la 71,4% în trimestrul IV 1953, la 25% în trimestrul IV 1954.

Considerăm că în reţeaua de pediatrie avantajele sistemului ciclic sînt nete : se realizează pe circumscripţie un singur medic pediatru care îşi desfăşoară activitatea atît în policlinică, cît şi pe teren ; numărul orelor de activitate pe circumscripţie creşte de la patru la şapte, terenul poate fi cuprins deci în mai bune condiţii.

In concluzie, se poate afirma că la Tîrgovişte etapa primă organizatorică poate fi considerată terminată şi se poate trece, după unele mici retuşări organizatorice şi după verificarea datelor statistice folosite în parte după rapoarte, şi nu toate pe baza calculelor proprii sau a unor sondaje suficient de concludente, la etapa a doua a studiului. Experimentul a dovedit pînă în prezent că sistemul de muncă ciclic a putut fi introdus la Tîrgovişte concomitent cu înmulţirea numărului de circumscripţii, fără ca să fie nevoie de lărgirea schemei de cadre existente şi că s-a putut respecta principiul circumscripţiei unice pentru toate reţelele.

La Tîrgovişte, oraş mic, cu circumscripţii întinse, cu o populaţie medie de peste 8 000 de locuitori, cu policlinica la distanţă mare de staţionar, unde întreprinderile productive fără medic nu constituie o greutate deosebită prin numărul sau prin extinderea lor pe o suprafaţă mare, introducerea sistemului de muncă ciclic, concomitent cu creşterea numărului de circumscripţii, a însemnat crearea unui cadru organizatoric mai potrivit condiţiilor locale şi a contribuit la îmbunătăţirea asistenţei medicale curativo-profilactice.

Pe baza observaţiilor efectuate pînă în prezent, putem recomanda introducerea sistemului de muncă ciclic, pentru acest tip de oraşe.

★

In Bacău, oraş reşedinţă de regiune, cu un număr mare de întreprinderi şi instituţii fără medic propriu, majoritatea situate în cartierele centrale, au fost şase circumscripţii medicale, cu un număr mediu de populaţie pe circumscripţie de peste 8 000 de locuitori. In afară de secţia dermato-venerică, care se află în cadrul spitalului unificat de adulţi, celelalte reţele constituie spitale unificate separate. Policlinicile spitalelor unificate de adulţi şi femei se află în imediata apropiere a staţionarelor respective, cea a spitalului unificat de copii la o distanţă de $1\frac{1}{2}$ km, distanţă care se parcurge pe jos.

In secţia de boli interne, paturile erau repartizate între cei 12 medici de circumscripţie şi medicul de gardă de dimineaţă, revenind în medie 7 paturi de medic. Repartizarea nu era egală, ci după capacitatea profesională a medicilor. Astfel, am întîlnit un medic care răspundea de 12 paturi.

Medicii consultanţi se străduiau şi reuşeau în majoritatea cazurilor să execute diferitele examene complementare necesare pentru stabilirea diagnosticului şi să însoţească bolnavul la examenul radioscopic. Mai rar reuşeau să participe la consulturile cu alţi medici specialişti. Unii din ei urmăreau bolnavii internaţi din circumscripţia lor, pentru a le cunoaşte situaţia, şi atunci cînd aceştia nu se găseau în saloanele lor.

Frecventele absenţe ale medicilor, datorite scoaterilor din producţie din diferite motive, îngreunau în mod deosebit activitatea lor în staţionar.

În general, în policlinică aglomerația era accentuată, îndeosebi la cabinetele medicilor specialiști.

Căutînd să aflăm cauzele pentru care la ora 11 se aglomerau bolnavii în fața cabinetelor, am constatat următoarele:

— Personalul de la serviciul de primire indica fiecărui bolnav, la scoaterea bonului de ordine, ora începerii consultațiilor și nu ora cînd urma să-i vină rîndul la consultație.

— Unii bolnavi, chiar dacă cunoșteau cu aproximație ora cînd urmau să fie consultați, preferau să vină la începerea consultațiilor sau chiar cu 1—2 ore mai devreme.

— La cabinetele de specialitate, mare parte din consultații sînt date pentru bolnavii din raion și regiune (la chirurgie 51%, la oftalmologie 52%, la oto-rino-laringologie 57% în trimestrul III 1954).

Numărul mare al bolnavilor extrateritoriali care aglomerau de dimineață policlinica a determinat conducerea spitalului să modifice ora de începere a consultațiilor la chirurgie, oftalmologie, oto-rino-laringologie, de la 11 la 10. De asemenea, la cabinetul de stomatologie, trei zile în cursul săptămînii un medic acorda consultații și între orele 7—8.

La cabinetul de chirurgie, cei patru medici consultanți asigurau consultațiile prin rotație zilnică. Aceasta făcea să nu existe o continuitate în munca medicului. Adesea bolnavul consultat de un medic era revăzut de altul. Rareori era posibil ca bolnavul să se întîlnească din nou cu medicul care a început să-l trateze.

Vizitele active reprezentau 67,74% din totalul vizitelor la domiciliu. Acesta este un indice în aparență bun, însă urmărind modul în care se alegeau cazurile pentru care se efectuau, am constatat că nu în toate a existat o alegere judicioasă, medicul necunoscînd situația din consultații. Indicele de internare a bolnavilor din teritoriu era ridicat; astfel, în trimestrul III 1954: 7,1 în pneumonie; 2,0 în afecțiunile acute abdominale.

Numărul consultațiilor periodice era redus: 417 în decurs de un trimestru.

Instrucțiunile Ministerului Sănătății și C.C.S. din iunie 1954, privind eliberarea certificatelor de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, nu erau puse încă în aplicare în luna septembrie în ceea ce privește salariații din întreprinderile și instituțiile fără medic, aceștia primind în continuare asistența medicală după locul de domiciliu. Medicii de circumscripție care își desfășurau activitatea pe teren, nu cunoșteau decît întreprinderile mai importante din circumscripția lor.

La 1 octombrie 1954 a început la Bacău organizarea sistemului ciclic de muncă a medicilor consultanți urmărindu-se, concomitent cu aplicarea noului sistem, și înmulțirea numărului de circumscripții sanitare.

Este necesar să menționăm că la Bacău experimentarea s-a desfășurat pînă în prezent în condiții grele, necorespunzătoare.

Aceste condiții sînt legate în mare parte de greutăți locale: fluctuația permanentă a cadrelor de conducere cu care trebuia să colaborăm și a cadrelor medicale în general, modul defectuos de centralizare a datelor statistice și de calculare a indicilor, vîrsta înaintată a unui număr de medici și tradiția cabinetelor particulare. De asemenea trebuie remarcat că introducerea noului sistem de muncă, fără o analiză amănunțită și multilaterală a condițiilor locale, care desigur ar fi însemnat amînarea în timp

a începerii experimentării, a contribuit la îngreunarea muncii de cercetare şi la faptul că nu putem încă considera nici etapa organizatorică ca fiind încheiată.

La cele relatate se mai adaugă şi un fapt subiectiv, care constă în exigenţa mai mare a cercetătorilor faţă de acest al doilea experiment şi clarificarea unor probleme insuficient elucidate la început, prin observaţiile culese la Tîrgovişte şi alte oraşe în care au fost efectuate diferite sondaje organizatorice (Tg. Mureş, Sibiu, Cluj, Arad, Timişoara, Bucureşti etc.).

La unificare, oraşul Bacău a fost împărţit în şase circumscripţii medicale, după criteriul numărului de populaţie. O dată cu introducerea sistemului ciclic, numărul circumscripţiilor a fost crescut la opt iar la rearondarea circumscripţiilor s-a ţinut seamă şi de numărul întreprinderilor şi instituţiilor fără medic, a căror deservire intră în atribuţiile medicului internist al circumscripţiei.

În cadrul spitalului unificat de adulţi au trecut la sistemul de muncă ciclic reţeaua de boli interne şi secţia de chirurgie, alături de reţelele de pediatrie şi de obstetrică-ginecologie. Această reorganizare s-a făcut cu fondul de cadre existent după cum reiese din tabelul 3.

Tabelul 3

Tabel comparativ de repartizarea normelor de medici consultanţi în sistemul de muncă bifazic şi ciclic, în spitalele unificate din Bacău

Funcţia	Interne		Pediatrie	
	93 de paturi		88 de paturi	
	bifazic	ciclic	bifazic	ciclic
Medic consultant în staţionar	—	6	—	3
Medic de gardă în staţionar		1	—	—
Medic consultant de circumscripţie	12	8	6	8
Medic de gardă în policlinică	2	1	1	—
Medic şcolar	—	—	8½	4½
Medic creşe, cămine	—	—	3¼	3¼
Total . . .	16	16	18¾	18¾

Cei 16 medici consultanţi internişti au fost repartizaţi iniţial în felul următor: 5 medici consultanţi şi 1 medic de gardă pentru secţia cu 93 de paturi, iar 8 medici consultanţi pentru cele 8 circumscripţii şi 2 medici de gardă au fost repartizaţi policlinicii.

În staţionar au revenit deci 18—19 paturi în medie de fiecare medic consultant. Orarul de muncă a fost fixat de la 8—13 şi 18—20, iar perioada de staţionar pentru 4 luni.

După primele două luni s-a putut constata că media de 18 paturi era prea mare.

O altă greutate resimțită de la început a constat în faptul că în staționar nu a lucrat numărul de medici propuși, ci în cazul cel mai bun patru din cinci, din cauza fluctuației de cadre din spitalul unificat. Din acest motiv, medicii consultanți principali nu au fost descongestionați în munca lor de staționar în măsura așteptată.

Pentru remedierea acestor greutăți s-a repartizat staționarului încă o normă de medic, prin desființarea funcției de medic de gardă de după amiază din policlinică, care avea un număr foarte redus de solicitări (4-5).

Obligativitatea prezenței zilnice la contravizită a fost considerată de majoritatea medicilor ca foarte obositoare, îndeosebi pentru medicii care cumulează. Față de această situație, s-a introdus și se urmărește eficiența contravizitei prin rotație săptămînală. Astfel, medicii din staționar își îndeplinesc programul între orele 8—15, afară de zilele cînd, prin rotație, trebuie să facă contravizita. În același timp toate activitățile științifice și ședințele de referate au fost programate după ora 13.

Garda de noapte este asigurată de medicii din staționar. Considerăm că atragerea medicilor de circumscripție la efectuarea gărzilor de noapte nu va fi necesară decît în staționare mici, în care lucrează un număr redus de medici.

Prin introducerea sistemului de muncă ciclic în staționarul Spitalului unificat Bacău, au fost asigurate condițiile organizatorice, care au dus la rezultate similare cu cele observate și comunicate în legătură cu Spitalul din Tîrgoviște. Totuși timpul încă insuficient și greutățile de ordin local semnalate au făcut ca rezultatele să fie la început mai puțin evidente ca la Tîrgoviște.

În policlinica Spitalului unificat Bacău, care se află în imediata apropiere a staționarului, consultațiile la cabinetele de boli interne și de chirurgie încep la ora 8 dimineața. Pentru ca orele de consultații să poată fi sincronizate la majoritatea specialiștilor, chiar în cazul cînd unii dintre ei continuă să lucreze în sistem bifazic, a fost elaborat un orar pentru Policlinica Bacău, care se experimentează în prezent.

Pentru a cunoaște în ce măsură este necesar a se planifica consultațiile în policlinică și în orele de după amiază, componența bolnavilor care solicită asistență medicală în policlinică, precum și orele preferate de bolnavi, s-au efectuat sondaje la policlinicile sub observație (vezi tabelul 4). Din aceste sondaje reiese necesitatea menținerii orelor de consultații și după amiază, poate reducîndu-le cu o oră, dată fiind lipsa de solicitanți între orele 18—19, și programarea pentru această oră a altor preocupări, ca de pildă, vizitarea unor cazuri urgente, participarea la contravizită în staționar pentru a cunoaște situația bolnavilor din circumscripție etc.

Medicul de gardă consultă între orele 8—15. Indicele de aglomerare a cabinetului de gardă a fost, în trimestrul IV 1954, de 25,45, adică mai puțin de patru bolnavi pe oră.

La serviciul de chirurgie, cei patru medici consultanți lucrează în policlinică prin rotație cîte o lună, avînd ore de consultații de la 8—15, cînd începe să consulte medicul ortoped, care dă și consultații de chirurgie, pînă la orele 18 în continuare. Indicele de aglomerare pentru cabinetul de chirurgie a fost, în trimestrul IV al anului 1954, de 52,6, deci 7,7 consultații și pansamente pe oră în medie.

La cabinetul de O.R.L. și la oftalmologie, în cele două zile mai aglomerate din săptămînă, medicii consultanți respectivi nu participă la inter-

Tabelul 4

Ritmul şi componenţa bolnavilor prezentaţi la consultaţii la circumscripţia I a Policlinicii de adulţi Tîrgovişte pe intervalul 3—8 ianuarie 1955

Ora	Număr de consultaţii			
	Salariaţi	Casnici	Pensionari	Total
8— 9	17	2	—	19
9—10	12	4	—	16
10—11	15	1	4	20
11—12	5	1	—	6
15—16	10	2	—	12
16—17	9	2	1	12
17—18	8	1	—	9
18—19	1	—	1	2
Total . . .	77	13	6	96

Ritmul şi componenţa bolnavilor prezentaţi la consultaţii la 2 circumscripţii din Policlinica spitalului unificat de adulţi din Bacău pe intervalul 20—27.XII.1954

Ora	Număr de consultaţii (fără tratamente)			
	Salariaţi	Pensionari	Membri de familie	Total
8— 9	9	1	1	11
9—10	9	—	4	13
10—11	6	1	4	11
11—12	6	2	1	9
15—16	4+15 c.p.	2	2	8+15 c.p.*
16—17	6+ 1 c.p.	5	4	15+ 1 c.p.
17—18	8	3	1	12
18—19	—	—	—	—
Total . . .	64	14	17	95

* c.p. = consultaţii periodice

venţii şi încep să consulte de la ora 9 dimineaţa. În zilele cînd încep să consulte la ora 11, se observă în faţa cabinetelor lor aceeaşi aglomeraţie ca şi în trecut.

Creşterea numărului de circumscripţii şi stabilirea de ore mai potrivite pentru consultaţii în policlinică a contribuit şi la Bacău la dispariţia aglomeraţiei dar, spre deosebire de Tîrgovişte, a fost însoţită şi de scăderea indicelui de aglomerare şi de deservire a populaţiei, cu excepţia consultaţiilor de stomatologie, care au înregistrat o urcare. Concomitent cu scăderea numărului consultaţiilor, morbiditatea nu a arătat aceeaşi tendinţă de scădere ci, dimpotrivă, o creştere. În prezent nu putem da încă o explicaţie mulţumitoare pentru aceste fenomene petrecute în perioada care a corespuns trecerii la un nou sistem organizatoric, concomitent cu începerea aplicării noilor instrucţiuni ale Ministerului Sănătăţii şi C.C.S. privitoare la eliberarea certificatului medical pentru incapacitate temporară de muncă.

Nu putem trece cu vederea faptul că deşi sistemul de muncă ciclic a creat condiţii favorabile nu numai în staţionar, ci şi pentru asistenţa ambulatorie, o parte din medicii consultanţi din Bacău nu s-au folosit de aceste condiţii şi continuă să consulte în grabă, superficial, chiar dacă au un singur bolnav de examinat şi sosesc cu întîrziere la policlinică, dînd dovadă de lipsă de disciplină. Medicii consultanţi principali evocă adeseori „cauze obiective", care îi împiedică de a respecta graficul de muncă întocmit experimental şi care prevede sarcini în policlinică şi pe teren.

Considerăm ca un element important faptul că din totalul de 20 de medici ai secţiei de boli interne, 14 cumulează : trei în cadrul spitalului, trei în alte reţele, iar opt în întreprinderi. Din restul de şase medici, cinci nu pot cumula din cauză de boală sau vîrstă înaintată.

La începutul experimentării nu am sezisat problema punctelor de sănătate din întreprinderi în toată complexitatea aspectelor pe care le prezintă.

Analizînd mai amănunţit, în cursul experimentării situaţia din cele 8 întreprinderi cu punct de sănătate cu medic, am constatat următoarele:

Din cele 17½ norme medicale, 8 au fost găsite ocupate de 8 cadre avînd norma întreagă în întreprindere, 1½ ocupată de trei cadre avînd cîte o jumătate de normă, 7 ocupate prin cumul, iar una (compusă din două jumătăţi diferite) vacantă.

Normarea se dovedeşte necorespunzătoare în ce priveşte specialitatea ginecologie. H.C.M. nr. 1 830 dă dreptul la un medic ginecolog de la o mie de salariate în sus. Ori sînt întreprinderi cu un număr mare de salariate (ca fabrica de confecţii, cu 817 salariate) care necesită asistenţa medicală ginecologică la locul de muncă.

Pe teren problema s-a soluţionat la unele întreprinderi ca, de pildă, la „Steaua Roşie" prin completarea normei de chirurg prin cumul : ½ normă cu un chirurg iar ½ normă cu un ginecolog.

Conducerea spitalului unificat de adulţi nu a dat importanţa cuvenită punctelor de sănătate cu medic din întreprinderi. Astfel, la fabricile „Proletarul" şi „Partizanul" unica normă de medic internist a fost completată prin cumul, fiecare din aceste întreprinderi avînd cîte doi medici internişti cu ½ normă. Prin aceasta nu mai există o conducere şi răspun-

dere unică, activitatea medicală curativo-profilactică din întreprindere nu este coordonată.

Medicii internişti care au o normă întreagă în întreprindere nu intră în staţionar şi, în mare măsură, nu au o calificare corespunzătoare.

Cadrele medicale din întreprinderi sînt folosite pentru alte necesităţi ale spitalului unificat.

Cumulul în întreprindere, în special al medicilor consultanţi internişti, ridică o problemă serioasă. În sistemul bifazic, ca şi în sistemul ciclic, cumulul nu se poate face în bune condiţii. Presupunînd că medicul îşi îndeplineşte conştiincios programul în cadrul normei de bază, orele care îi rămîn pentru efectuarea cumulului în alt loc sînt în mare măsură insuficiente şi necorespunzătoare.

Faţă de această situaţie, de care s-a sezisat şi noua conducere a spitalului, s-au luat unele măsuri incomplete în cursul experimentării. Pentru două norme de medici consultanţi internişti, ocupate prin cumul în două întreprinderi, au fost încadraţi doi medici cu normă întreagă ; medicii stomatologi prestează muncă de teren prin rotaţie în întreprinderile fără asistenţă stomatologică ; în întreprinderile cu un număr mai mare de salariate, medicii ginecologi, în cadrul orelor de teren, au zile şi ore planificate de activitate, cunoscute şi de întreprinderile respective.

În Bacău nu s-a reuşit de la început a se face o rearondare mulţumitoare, ridicîndu-se următoarele probleme mai importante :

a) întreprinderile industriale şi instituţiile în număr mare, fără medic propriu, sînt inegal repartizate pe teritoriul oraşului, aglomerînd îndeosebi cartierele centrale ;

b) nepotrivire între reţeaua de adulţi şi cea de pediatrie în privinţa criteriilor care trebuie respectate la rearondare. Reţeaua de copii are în vedere, în primul rînd, numărul copiilor dintr-un teritoriu dat şi asistenţa după locul de viaţă, în timp ce reţeaua de adulţi urmăreşte rearondarea după locul de muncă al salariaţilor, fără să scape din vedere şi asigurarea asistenţei după locul de viaţă ;

c) numărul consultaţiilor la policlinică, volumul muncii în cabinetele de consultaţii ale medicilor internişti, nu justifică creşterea numărului de circumscripţii de la şase la opt. Indicele şi aşa scăzut de aglomerare la policlinică, se accentuează şi mai mult pentru cabinetele circumscripţiilor periferice, întinse şi cu caracter semirural. Pentru aceste circumscripţii şi chemările la domiciliu sînt mult mai reduse, în comparaţie cu circumscripţiile centrale.

Tabelul 5

Tabel cu indicele de aglomerare a medicilor de circumscripţie în Policlinica Bacău şi numărul chemărilor la domiciliu

Indicele de aglomerare (consultaţii fără tratamente)								
Luna	Circ. I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Octombrie şi noiembrie 1954	7,55	7,15	8,65	3,75	7,05	10,2	10,0	5,60

Chemările la domiciliu pe circumscripții în cifre absolute

Luna	Circ. I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Octombrie și noiembrie 1954	41	60	38	7	43	66	105	27

Din acest tabel, rezultat al unui sondaj, putem trage unele concluzii. Numărul consultațiilor în policlinică este în general redus, scade și mai mult în circumscripțiile IV și VIII, care sînt periferice, cu un număr mic de întreprinderi fără medic. Numărul cel mai mare de consultații îl prezintă circumscripțiile centrale VI și VII, cu un număr mare de salariați deserviți de către medicul de circumscripție.

În general, asistența de ambulator nu este destul de accesibilă pentru populația circumscripțiilor periferice, unde și adresabilitatea este mai redusă. Pentru aceste circumscripții se poate reduce numărul orelor de consultații în policlinică în favoarea unui număr mai mare de ore de teren. În unele cazuri bine justificate, trebuie să ne gîndim la organizarea unor puncte de consultații înaintate.

Fapt este că numărul orelor de consultații și de teren ale medicilor de circumscripție nu trebuie stabilit în mod mecanic, egal pentru toate circumscripțiile, ci pe grupe de circumscripții avînd un specific asemănător.

Față de problemele arătate, forma organizatorică preconizată la Bacău la începutul experimentării a suferit unele retușări și trebuie să fie reconsiderată pe baza experienței cîștigate, și verificată prin practică.

Astfel nu vom mai tinde la înmulțirea mecanică a numărului de circumscripții, ci vom căuta să se facă o rearondare mai corespunzătoare, concomitent cu întărirea asistenței medicale la locul de muncă pentru un număr cît mai mare de întreprinderi care au nevoie de această reorganizare și care în prezent nu au medic propriu.

Nepotrivirea semnalată între rețeaua de adulți și de pediatrie se poate rezolva prin încadrarea acelor circumscripții care cuprind un număr mare de copii, cu doi medici pediatri, sau cu un medic pediatru avînd $1^1/_2$ normă, în timp ce uneori un singur pediatru poate deservi în bune condiții două circumscripții, care din cauza numărului mare de întreprinderi fără medic cuprind un teritoriu redus, cu un număr relativ mic de populație și, de obicei, cu căi de comunicație bune, fiind situate în cartierele centrale ale orașelor.

Pe lîngă faptele arătate și la Bacău se desprind de pe acum cîteva aspecte pozitive privind activitatea de teren a medicilor consultanți de circumscripție. Astfel, unitățile industriale și instituțiile fără organizare sanitară proprie sînt în prezent cunoscute de medicii lor de circumscripție, care vizitează regulat întreprinderile productive. Un alt element pozitiv este îmbunătățirea simțitoare a indicelui de internare în pneumonii (scade în trimestrul IV 1954 la 4,27 de la 7,1 din trimestrul III 1954) și bronhopneumonie, precum și în afecțiunile acute abdominale, în care se observă o scădere la 1,2 în trimestrul IV 1954 față de 2,0 din trimestrul anterior.

În general, din cauza timpului scurt și a numeroaselor greutăți întîmpinate în acest oraș, rezultatele observate la Bacău nu le considerăm încă în totalitatea lor suficient de concludente pentru a ne putea pronunța

dacă, față de condițiile organizatorice create, a survenit o îmbunătățire corespunzătoare în deservirea medicală curativo-profilactică.

De asemenea credem că este bine să arătăm că și la Bacău rezultatele cele mai concludente au putut fi înregistrate în activitatea rețelei de pediatrie. In prezent se dau copiilor din Bacău, față de $10^1/_2$ ore consultații pe zi, 20 de ore, și față de 21 de ore de teren pe zi, 36.

Centrul de greutate al activității s-a mutat în teren, acesta fiind cu mult mai bine cuprins. Numărul vizitelor active crește în trimestrul IV 1954 cu 98% față de trimestrul precedent.

Procentul bolilor transmisibile depistate în ambulator față de totalul cazurilor depistate scade, de la 56% în trimestrul III 1954, la 23% în trimestrul al IV-lea.

In școli, activitatea se menține în Tîrgoviște la același nivel ca în trecut. In Bacău activitatea este îngreunată de faptul că un număr mai mic de medici răspund de un număr mare de grupuri școlare.

Grădinițele de copii au trecut în sarcina medicilor de circumscripție respectivi. Ei fac față acestei sarcini în bune condiții.

Numărul de trei medici consultanți care au intrat în staționar este insuficient față de cele 78 de paturi existente, din care 60% paturi pentru sugari, și deci mai sînt necesari încă doi medici.

II

Din observațiile privind experimentarea organizării sistemului de muncă ciclic a medicilor consultanți de circumscripție în Spitalele unificate din Tîrgoviște și Bacău, se desprinde că experimentarea a ajuns în diferite faze în cele două orașe, și că se impune continuarea ei, folosind în mai mare măsură îndrumarea și urmărirea nemijlocită pe durate mai lungi, prin cercetătorii Centrului.

Observațiile efectuate și analizarea lor, alături de cîteva sondaje făcute în alte orașe, permit tragerea unor concluzii cu aplicare practică, privind introducerea sistemului ciclic de muncă în rețeaua spitalelor unificate, concluzii ce au fost aduse la cunoștința forurilor superioare. Pe lîngă aceste concluzii se desprind și o serie de constatări importante pentru continuarea cercetărilor în condiții îmbunătățite, pînă la sfîrșitul anului 1955, conform planului de cercetare științifică a Centrului.

Cu riscul de a repeta unele observații, credem că este util de a arăta pe scurt concluziile de etapă, în care organizarea sistemului ciclic de muncă s-a desfășurat concomitent cu înmulțirea circumscripțiilor și, implicit, cu scăderea numărului de populație pe circumscripție.

1. In sistemul de muncă ciclic medicul consultant devine în mod real medicul circumscripției. Locul lui de activitate este policlinica spitalului unificat, inclusiv terenul și întreprinderile fără medic. In anumite intervale medicul de circumscripție este îndrumat în vederea ridicării cunoștințelor sale profesionale, pentru a lucra o perioadă de timp în staționarul spitalului unificat. In această perioadă de timp el este înlocuit în circumscripția sa prin unul din medicii din staționar.

2. In stabilirea duratei activității neîntrerupte a medicului de circumscripție în policlinică, trebuie să se țină seama în primul rînd de necesitatea de a nu întrerupe activitatea de bază a acestui medic la intervale scurte, dar în același timp trebuie avut în vedere că numai prin menți-

nerea cunoştinţelor profesionale la un nivel suficient de ridicat el va putea asigura asistenţa medicală la un nivel din ce în ce mai înalt.

Aceleaşi criterii vor trebui să stea şi la baza rotaţiei medicilor de întreprindere, la care se pune şi mai accentuat găsirea unei formule prin care, chiar în perioada de staţionar, să nu fie complet întreruptă legătura medicului cu întreprinderea sa.

Nu sîntem încă în măsură să venim cu precizări concrete pe baza experienţei noastre, în ceea ce priveşte durata stagiului de staţionar, dar se conturează tot mai mult că pentru medicii internişti şi pediatri este absolut necesară o activitate îndelungată şi neîntreruptă în circumscripţie, care, după experienţa sovietică, este bine să fie de 12—18 luni, iar durata activităţii de staţionar de 3—4 luni. Pentru chirurgi, durata muncii lor în policlinică să nu fie sub o lună, dar în nici un caz să nu depăşească durata de trei luni.

3. Creşterea accesibilităţii asistenţei medicale în cadrul sistemului de muncă ciclic se poate face în unele oraşe prin mărirea numărului de circumscripţii, concomitent cu aplicarea acestui sistem, în timp ce în alte oraşe scopul urmărit se poate atinge fără creşterea obligatorie şi de la început a numărului circumscripţiilor, ci prin întărirea asistenţei la locul de muncă pentru un număr cît mai mare de salariaţi.

4. Nu este obligatorie introducerea sistemului de muncă ciclic concomitent în toate reţelele şi specialităţile. Medicii consultanţi îşi pot desfăşura activitatea lor în sisteme diferite, potrivite specialităţii şi condiţiilor respective.

In schimb, considerăm că este absolut obligatorie organizarea asistenţei pe baza criteriului teritorial (circumscripţia teritorială şi circumscripţia de atelier) şi respectarea unităţii teritoriale a circumscripţiei pentru toate reţelele, chiar dacă un specialist deserveşte un număr mai mare de circumscripţii teritoriale. De asemenea, considerăm că este deosebit de important ca legăturile dintre specialiştii circumscripţiei să fie permanent întărite şi îmbunătăţite.

Repartizarea medicilor consultanţi în sistemul ciclic trebuie să se facă după necesităţile staţionarului, policlinicii şi colectivităţilor de adulţi şi copii. Considerăm că în staţionar un medic consultant poate să asigure îngrijirea a 15 bolnavi în secţia de boli interne şi pediatrie.

6. In întreprinderi trebuie introduse cadre bine calificate. Inainte de introducerea sistemului ciclic de muncă într-un spital unificat, e necesar a se cunoaşte bine situaţia întreprinderilor cu şi fără medic. Repartizarea cadrelor medicale trebuie făcută ţinînd seama, în primul rînd, de necesităţile asistenţei medicale diferenţiale a muncitorilor din întreprinderi la locul de muncă şi după locul de muncă.

7. Este necesar să se ţină seama de asigurarea normelor de cadre medii de teren respective : surori de ocrotire, moaşe, surori medicale, pentru circumscripţiile nou create.

8. Trebuie ţinut seama de asemenea de greutatea pe care o constituie permanenta fluctuaţie a cadrelor medicale, şi scoaterea frecventă a medicilor consultanţi din producţie pentru cele mai diferite sarcini, fără legătură cu asistenţa medicală a populaţiei din circumscripţiile lor.

★

Avantajul sistemului de muncă ciclic constă în faptul că, pe baza lui, se poate elabora un întreg sistem organizatoric mai corespunzător, un ca-

dru organizatoric care, datorită elasticităţii sale, permite rezolvarea problemelor legate de specificul diferitelor oraşe, în modul potrivit condiţiilor concrete date şi nu după un şablon organizatoric.

Experienţa noastră şi a altor organizatori de sănătate (Tg. Mureş, Arad, Cluj) ne-a dovedit că una din problemele importante este apropierea asistenţei medicale de locul de muncă şi pentru unele circumscripţii îndepărtate, de locul de viaţă, precum şi descongestionarea medicului de circumscripţie de sarcinile ce întrec posibilităţile lui de cuprindere.

Astfel, în unele oraşe reducerea volumului de sarcini ce revine medicilor de circumscripţie, prin înmulţirea circumscripţiilor, este suficientă pentru îmbunătăţirea muncii, în timp ce în alte oraşe va fi necesară întărirea simţitoare a asistenţei medicale la locul de muncă, prin înfiinţarea de noi puncte de sănătate medicale. S-ar putea lua în discuţie şi studia chiar şi problema organizării unui cabinet deosebit în incinta policlinicii, pentru salariaţii unor grupe de întreprinderi mici sau acordarea unei norme şi jumătate pentru medicul de circumscripţie care deserveşte un teritoriu cu mai multe întreprinderi mici.

In unele oraşe greutăţile legate de distanţa mare între staţionar şi policlinică se rezolvă prin simpla trecere la sistemul ciclic, în alte oraşe devine tot mai evidentă necesitatea înfiinţării unor puncte de consultaţii înaintate pentru populaţia cartierelor îndepărtate, cu scopul de a face asistenţa mai accesibilă.

In scopul întăririi asistenţei medicale la locul de muncă, în întreprinderile productive fără S.M.S., dar cu un specific şi un număr de angajaţi care impune necesitatea de a avea un medic propriu, socotim că va fi necesară revizuirea H.C.M. nr. 1830 din 1953 şi a instrucţiunilor Ministerului Sănătăţii şi a C.C.S. privind eliberarea certificatelor medicale pentru incapacitate temporară de muncă.

In cadrul noului sistem de muncă activitatea medicului consultant principal capătă un nou conţinut. De astă dată el poate şi trebuie să devină în mod real îndrumătorul permanent al medicilor consultanţi, nemaifiind legat mai tot timpul de staţionar, ca în sistemul bifazic, în care după ora 11 se vede nevoit să asigure permanenţa în staţionar.

Deoarece la Tîrgovişte am ajuns de-abia la sfîrşitul primei etape a cercetărilor noastre, etapa studierii felului în care se organizează sistemul ciclic de muncă în spitalul unificat, iar la Bacău nu s-a terminat încă nici prima etapă, considerăm că este necesară continuarea cercetărilor, ocupîndu-ne în a doua etapă de problemele consolidării organizatorice şi ale funcţionării spitalului unificat şi a cadrelor de diferite grade, precum şi de introducerea unor metode de muncă înaintate, terminînd cu elaborarea normelor de organizare şi funcţionare a spitalului unificat.

III

Faţă de primele rezultate ale experimentării sistemului ciclic în Tîrgovişte şi Bacău şi pe baza sondajelor făcute în mai multe oraşe, s-au făcut următoarele propuneri Ministerului Sănătăţii:

1. Să introducă sistemul de muncă ciclic pentru medicii consultanţi în spitalele unificate la care policlinica este la distanţă de staţionar.

2. Să introducă sistemul de muncă ciclic în spitalele de pediatrie, pe baza indicaţiilor Institutului de pediatrie.

3. Să permită trecerea în sistemul de muncă ciclic, la cererea Secţiei sanitare a regiunii, cu precădere a acelor spitale în care buna funcţionare

a acestora este împiedicată de discordanţa dintre numărul paturilor din staţionar, faţă de numărul mare de medici consultanţi şi volumul mare de muncă din policlinică.

4. Să îndrumeze organizarea sistemului ciclic de muncă în spitalele unificate, prin înfiinţarea unei comisii centrale la nivelul Ministerului Sănătăţii, care în urma propunerilor făcute de secţiile de sănătate regionale, pe baza studierii prealabile a condiţiilor locale, să se deplaseze la faţa locului şi, după examinarea situaţiei, în înţelegere cu forurile locale, să treacă la organizarea sistemului ciclic de muncă. Comisia centrală să aibă sarcina de a elabora, împreună cu Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi Istoria medicinei şi Institutele de specialitate cointeresate, o scrisoare metodologică privind organizarea sistemului de muncă ciclic în spitalul unificat.

5. In spitalele unificate, care vor continua să funcţioneze în sistemul de muncă bifazic, medicii-şefi de regiune să primească sarcina de a se preocupa de continua lor întărire şi îndeosebi de îmbunătăţirea şi lărgirea asistenţei muncitorilor la locul de producţie.

6. Ministerul Sănătăţii să solicite modificarea Instrucţiunilor privind eliberarea certificatelor medicale pentru incapacitate temporară de muncă şi a H.C.M. nr. 1830/1953.

7. Să traseze sarcina Institutelor de pediatrie, ftiziologie şi Centrelor de obstetrică-ginecologie şi dermato-venerologie ca să studieze, în cursul anului 1955, organizarea şi funcţionarea spitalelor unificate de specialitate în sistemul de muncă ciclic şi să elaboreze, în colaborare cu Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi Istoria medicinei, concluziile şi normativele necesare.

★

Первые результаты опыта циклической системы работы врачей-ординаторов городской объединенной больницы

Авторы статьи приводят результаты опыта применения новой системы работы — по циклической системе — врачей — ординаторов городской объединенной больницы.

При этой системе работы, врачи—ординаторы последовательно работают в поликлинике и в стационаре.

Участковые врачи работают только на участке (в поликлинике и на дому). причём в известные сроки, в течение определенного периода, работают также в стационаре для усовершенствования своих профессиональных знаний. В период их работы в стационаре, их заменяет на участках один из ординаторов стационара.

Применение циклической системы с успехом разрешает вопросы стоящие перед объединеннной больницей в связи с существованием больших расстояний между стационаром и поликлиникой, а также и в тех случаях, когда при объединеной больнице имеется стационар с небольщим количеством коек и с большой поликлиникой.

Авторы предлагают применение циклической системы работы для врачей-ординаторов объединенных городских больниц, работающих в подобного рода условиях.

★

Les premiers résultats obtenus dans l'organisation du système cyclique de travail des médecins consultants dans les hôpitaux unifies urbains

Les auteurs exposent les résultats obtenus dans l'application d'un nouveau système d'activité des médecins consultants dans les hôpitaux urbains unifiés, à savoir le système cyclique.

Dans ce système d'activité, le médecin consultant travaille successivement dans la polyclinique et au „stationnaire".

Le médecin de circonscription déploie ordinairement son activité dans la circonscription (dans la polyclinique et sur le terrain) ; cependant, il travaille périodiquement, un certain laps de temps, dans le „stationnaire", afin de perfectionner ses connaissances professionnelles. Pendant cette période, il est remplacé dans sa circonscription par un médecin consultant du stationnaire.

Le système cyclique, ainsi conçu et appliqué, offre une solution favorable aux problèmes posés aux hôpitaux unifiés, quand ceux-ci sont trop éloignés de la polyclinique, ou bien au cas où les hôpitaux unifiés possèdent un „stationnaire" avec un nombre réduit de lits et une grande polyclinique.

Les auteurs proposent que le système cyclique d'activité des médecins consultants soit introduit dans les hôpitaux urbains unifiés qui fonctionnent dans les conditions ci-dessus mentionées.

Principiile atestării şi rolul ei în calificarea şi promovarea cadrelor medicale

Conf. Andrei Kelemen

Lucrare efectuată la Catedra de organizare sanitară din I.P.S.M. (profesor Grom Leonida)

In cursul celor şase ani de studii, institutele de medicină dau absolvenţilor o pregătire medicală de bază, cu o profilare corespunzătoare celor patru facultăţi de medicină : medicină generală, pediatrie, igienă şi stomatologie, deci nu-i specializează.

Cerinţele crescînde ale oamenilor muncii în ce priveşte asistenţa calificată şi specializată, precum şi diferenţierea ştiinţei medicale şi a reţelei medico-sanitare, impun medicilor să nu-şi considere încheiată calificarea o dată cu absolvirea facultăţilor de medicină, ci să-şi perfecţioneze în permanenţă cunoştinţele, respectiv să tindă a deveni specialişti într-o ramură a medicinei, după un anumit stagiu în producţie.

In Republica Populară Romînă există un Institut pentru perfecţionarea şi specializarea medicilor, creat în anul 1952, după exemplul institutelor de acest gen din U.R.S.S. In acest institut urmează cursuri scurte (de 3 luni pînă la un an) medicii din reţea, pentru a se iniţia într-o specialitate, respectiv pentru a-şi perfecţiona cunoştinţele.

De asemenea, în noiembrie 1953 a fost instituit secundariatul clinic şi de igienă în vederea pregătirii de cadre de specialişti cu înaltă calificare practico-ştiinţifică pentru reţea.

Primele spitale din reşedinţe de regiuni (Timişoara, Iaşi) au şi început să funcţioneze ca spitale metodologice regionale.

Nu există însă, în sectorul de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră, un sistem de stat de stabilire a titlului de medic-specialist, ca titlu oficial, pe baza unei atestări a cadrelor medicale.

Pentru a putea dezvolta mai departe problema ridicată, considerăm că este necesar să încercăm a defini mai întîi cele două noţiuni amintite : medicul specialist şi atestarea.

Medicul-specialist este medicul care, pe baza: 1) profilului facultăţii urmate (medicină generală, pediatrie, stomatologie, igienă); 2) a cunoştinţelor însuşite prin practicarea unei specialităţi medicale; 3) a absolvirii unui curs, stagiu sau altei forme de specializare şi 4) a unui stagiu anumit în specialitate, a dobîndit cunoştinţele practice şi teoretice necesare pentru desfăşurarea unei activităţi independente în acordarea asistenţei calificate pentru populaţie, într-o anumită specialitate a medicinei.

Gradul de pregătire a specialiştilor şi, în consecinţă, nivelul calităţii asistenţei medicale specializate acordate de ei diferă însă, şi tocmai această gradaţie în pregătirea şi activitatea practico-ştiinţifică a specialiştilor este menită să determine atestarea medicilor.

Atestarea constituie deci o metodă de stabilire ştiinţifică a specialităţii şi a gradului de calificare tehnico-profesională în domeniul unei specialităţi medicale, după criteriile volumului de cunoştinţe, gradului de independenţă a muncii profesionale şi calităţii activităţii practico-organizatorice şi teoretico-ştiinţifice în specialitate a medicilor.

În conformitate cu cele expuse, este absolut necesară elaborarea şi aplicarea în practică a unui regulament al medicului specialist, care să cuprindă următoarele capitole:

a) nomenclatura specialităţii în care se stabileşte titlul de medic specialist;

b) condiţiile, criteriile profesionale, ştiinţifice, de atribuire a titlului de medic specialist şi de stabilire a gradului de calificare (gradului de atestare) în specialitate;

c) procedura de atribuire şi confirmare a titlului de medic specialist;

d) drepturile şi avantajele legate de dobîndirea titlului de medic specialist în privinţa ocupării de funcţii medicale şi a salarizării.

Este recomandabil ca regulamentul acesta (mai bine zis proiectul lui) să fie elaborat cu participarea largă a specialiştilor cu înaltă calificare din institute şi reţea, urmînd ca apoi să fie dezbătut la nivelul institutelor de învăţămînt (institute medico-farmaceutice, Institutul pentru perfecţionarea şi specializarea medicilor, şcoli medii medicale) şi de cercetări ştiinţifice, precum şi al filialelor Societăţii ştiinţelor medicale, în colectivele secţiilor sanitare şi raionale şi în coloanele „Muncitorului sanitar", înainte de a fi aprobat de Colegiul Ministerului Sănătăţii.

Numai fundamentată pe un sistem ştiinţific organizat, de specializare şi perfecţionare a cadrelor medicale, va putea o astfel de metodă de atribuire a titlului de medic-specialist să constituie o pîrghie însemnată a îmbunătăţirii asistenţei medicale a populaţiei.

În funcţie de importanţa (republicană, regională, raională) a cadrelor de atestat şi de nivelul de pregătire a lor, aceasta poate fi făcută de comisii de atestare de pe lîngă Minister, respectiv secţiile sanitare regionale, comisiile regionale, în lipsa unor specialişti apţi pentru a putea participa în comisiile de atestare, putînd fi ajutate de Minister prin delegarea de specialişti în acest scop.

La nevoie, comisiile de atestare se pot deplasa la locul de muncă al celor atestaţi, putîndu-se documenta astfel mai temeinic asupra condiţiilor şi rezultatelor practice ale muncii acestora.

Pentru ca atestarea medicilor să se bazeze pe date cît mai concrete şi vii, este recomandabil ca din documentaţia necesară pentru atestarea fiecărui medic să facă parte şi bilanţul activităţii anuale a lui.

Se ştie că bilanţul anual al secţiei sanitare regionale se elaborează de jos în sus, de la bilanţul activităţii şi al eficienţei activităţii unităţilor de bază (circumscripţie rurală, secţie spitalicească sau de sanepid raională, respectiv orăşenească etc.) pînă la al unităţilor regionale de specialitate.

Dacă nu se fac bilanţuri globale, generale, ci bilanţuri pe probleme şi persoane, care să nu scape într-adevăr nici o problemă şi nici o persoană, atunci bilanţul de ocrotire a sănătăţii într-o instituţie curativo-profilactică sau sanitaro-antiepidemică, într-o circumscripţie, într-un raion sau într-o regiune va fi în acelaşi timp şi bilanţul creşterii cadrelor medicale ale acestor instituţii.

Datele în legătură cu calificarea cadrelor medicale (rezultatele obţinute la cursuri şi stagii de specializare sau perfecţionare, calitatea activităţii lor în cadrul filialelor Societăţii ştiinţelor medicale, în cadrul şedinţelor de referate ale unităţii unde lucrează, existenţa de lucrări ştiinţifice publicate sau în manuscris şi calitatea lor, titlurile dobîndite anterior etc.), numai completate cu documentele anuale ale activităţii şi eficienţei activităţii lor practice în reţea, dau posibilitatea unei caracterizări reale a cadrelor medicale prin atestare. O astfel de atestare poate arăta, în concluzie, dacă medicul corespunde în funcţia ce o ocupă sau nu, dacă are nevoie urgentă de ridicarea calificării lui profesionale, dacă poate fi înaintat în funcţie sau dirijat spre activitate didactico-ştiinţifică etc.

Dacă principiile generale de atestare a cadrelor medicale sînt valabile pentru toate specialităţile vastei reţele medico-sanitare, atestarea prezintă totuşi aspecte specifice pentru diferite reţele de specialitate.

Atestarea medicilor în specialităţile chirurgicale (chirurgie, obstetrico-ginecologie, oto-rino-laringologie, oftalmologie etc.) este mai uşoară, datorită criteriilor mai concrete (manualitate, executarea operaţiilor de diverse grade de complexitate etc.) după care se poate aprecia pregătirea în aceste specialităţi.

Experienţa atestării cadrelor de chirurgi din U.R.S.S. a arătat rolul de pîrghie al acestei măsuri în îmbunătăţirea permanentă a calităţii asistenţei medicale şi importanţa folosirii unor metode juste pentru desfăşurarea cu succes a atestării.

În vederea atestării chirurgilor, comisiile de atestare din U.R.S.S.:

a) au studiat viaţa şi fizionomia profesională şi ideologică a medicului respectiv pe baza documentelor din dosar;

b) au analizat documentele privind activitatea lui profesională (foile de observaţie, evidenţa şi calitatea operaţiilor executate, indicii calitativi ai instituţiei, respectiv ai locului de muncă deservit de chirurgul atestat, lucrările de referate şi lucrările originale publicate sau nepublicate);

c) au invitat medicul pentru o convorbire în problemele de specialitate, pentru a se orienta asupra unor calităţi sau lipsuri ale acestuia în specialitate (în cazurile care au necesitat aceasta);

d) au asistat chiar la unele operaţii executate de chirurgii atestaţi, în cazurile indicate.

Pe baza atestării, chirurgii au fost împărţiţi în cinci categorii, chirurgii din categoria I trebuind să ştie să execute orice operaţie, să aibă lucrări ştiinţifice de valoare publicate şi să fie buni organizatori ai ocrotirii sănătăţii în specialitatea lor. În categoria a V-a au fost trecuţi chirurgii avînd pregătire teoretică de chirurg, dar lucrînd independent numai în serviciul chirurgical policlinic (de mică chirurgie).

O astfel de atestare dă indicaţii juste asupra ordinii de urgenţă a specializării şi perfecţionării cadrelor medicale. Este natural ca să se insiste asupra calificării chirurgilor din categoriile a V-a şi a IV-a, precum şi a medicilor neîncadraţi în nici o categorie de atestare, ei fiind trimişi în primul rînd la cursuri şi stagii de specializare (cei neîncadraţi în nici o categorie şi cei din categoria a V-a) respectiv de perfecţionare (cei din categoria a IV-a).

Evidenţa specialiştilor din categoria I şi a II-a ne dă indicaţii asupra forţelor de specialitate cu înaltă calificare, cu ajutorul cărora poate fi organizată specializarea la instituţiile din reşedinţele regionale şi din oraşe cu unităţi medico-sanitare mai mari. Aceste două categorii dau cadrele de specialişti principali şi medici-şefi de secţie, cărora li se poate încredinţa specializarea primară a medicilor în spitalele metodologice regionale etc. (în ce priveşte specialiştii principali, aceştia au un rol deosebit în organizarea şi dirijarea tehnică a atestării medicilor din reţelele respective de specialitate de pe teritoriul regiunii).

O problemă mult mai greu de rezolvat este aceea a atestării medicilor în specialităţile terapeutice (medicină internă, pediatrie, neuropsihiatrie etc.). De aceea este necesar ca Ministerul Sănătăţii să elaboreze minuţios, prin atragerea celor mai buni specialişti din institute şi reţea, criteriile profesionale, ştiinţifice, organizatorice (şi baremurile) pentru stabilirea diferitelor categorii în cadrul acestor specialităţi.

Tocmai fiindcă atestarea medicilor terapeuţi este atît de dificilă, este recomandabil ca atestarea lor să se facă de comisii înfiinţate din cadrele (profesori, conferenţiari) institutelor de medicină (I.M.F.-uri, Institutul pentru perfecţionarea şi specializarea medicilor şi filialele lui, institutele de cercetări ştiinţifice) bineînţeles cu participarea în comisii a reprezentanţilor secţiilor sanitare regionale, a specialiştilor principali şi a altor specialişti corespunzători din instituţiile medicale ale localităţii respective.

Astăzi dispunem de o nomenclatură bine stabilită a funcţiilor medicale din reţeaua curativo-profilactică (medic consultant, consultant principal, şef de secţie, specialist principal).

Prin atestare se poate stabili deci cine poate fi considerat medic specialist şi cine nu, iar printre medicii specialişti se poate face o categorisire ierarhică, ce va trebui să indice funcţia din nomenclatura de mai sus, pentru îndeplinirea căreia corespunde medicul atestat. În felul acesta, atestarea contribuie şi la justa repartizare a cadrelor medicale în reţea.

Considerăm recomandabilă următoarea corespondenţă între nomenclatura funcţiilor medicale şi categoriile de atestare:

1. Medici consultanţi pot fi medicii din categoriile a V-a şi a IV-a de atestare, precum şi cei neîncadraţi încă în nici o categorie de atestare.

2. Medici primari (consultanţi principali) pot fi medicii din minimum categoria a III-a de atestare.

3. Medici-şefi de secţie pot fi specialiştii din categoriile a II-a şi I de atestare.

4. Specialiştii principali pot fi numai medicii din categoria I de atestare.

Considerăm că, pentru o perioadă de tranziţie, acolo unde nu există cadre din categoria de atestare corespunzătoare funcţiei respective, poate fi numit sau delegat un cadru inferior în grad de atestare, pentru îndeplinirea atribuţiilor funcţiei superioare (acest cadru primind retribuţia func-

ţiei, dar nu şi titlul, pînă la îndeplinirea condiţiilor profesionale pentru dobîndirea categoriei de atestare corespunzătoare funcţiei ocupate).

In ceea ce priveşte absolvenţii facultăţilor de medicină generală, aceştia primesc în cursul facultăţii şi în special în anul VI profilul medicului de circumscripţie rurală. Ei aparţin deci categoriei medicilor fără specialitate.

Absolvenţii facultăţilor de pediatrie, stomatologie şi igienă, întrucît primesc din anul al III-lea o pregătire specială corespunzătoare profilului facultăţii respective, este recomandabil să fie încadraţi în categoria minimă (V) de atestare după un an de stagiu de la repartizarea în producţie.

In ceea ce priveşte corespondenţa dintre nomenclatura funcţiilor medicale şi categoriile de atestare, aceasta se referă bineînţeles numai la sectorul de asistenţă curativo-profilactică, nu şi la cel sanitaro-antiepidemic.

In cadrul sectorului sanitaro-antiepidemic nu avem încă o nomenclatură oficială a funcţiilor ierarhice de medici igienişti ori aceasta este indispensabilă, dacă vrem să stabilim o corespondenţă între gradele de atestare şi funcţiile medicale.

Această nomenclatură poate fi însă stabilită pornind de la situaţia creată pe teren. Să analizăm această situaţie, dat fiind că în cca 70 de raioane din ţara noastră nu dispunem încă de sanepiduri, iar în majoritatea sanepidurilor raionale, în etapa actuală, avem numai 1—2 medici igienişti, aceştia trebuind să desfăşoare o activitate igienico-sanitară în domeniul mai multor specialişti de igienă, deci o activitate generală în domeniul igienei. In consecinţă, medicii absolvenţi ai facultăţilor de igienă, repartizaţi în sanepiduri raionale, sînt *medici igienişti de profil comun (mixt)*. In sanepidurile regionale şi într-o parte din sanepidurile raionale, medicii igienişti lucrează într-o specialitate distinctă de igienă (igienă comunală, igienă alimentară, igiena muncii, igienă şcolară, respectiv epidemiologie), deci ei sînt *medici igienişti* (comunali, alimentari, industriali, şcolari, epidemiologi).

In schemele actuale ale sanepidurilor a apărut funcţia de *medic igienist principal* (care considerăm că se raportează la medicul igienist ca medic consultant principal, la medicul consultant din reţeaua curativo-profilactică) şi există de asemenea funcţia de *medic igienist şef de secţie*.

In sfîrşit, la nivelul regiunii mai avem inspectorii sanitari de stat. Cea mai înaltă calificare din specialitate în regiune trebuie s-o aibă *inspectorul sanitar de stat şef regional*. Considerăm că acesta este echivalentul specialistului principal din sectorul curativo-profilactic.

Admiţînd ca bază această ierarhie a funcţiilor medicale din domeniul igienei, recomandăm următoarea corespondenţă între nomenclatura funcţiilor de igienişti şi categoriile de atestare a lor:

1. *Medic igienist de profil comun (mixt)* poate fi medicul absolvent al facultăţii de igienă, neîncadrat în nici o categorie de atestare sau din categoria a V-a de atestare în domeniul specialităţii de igienă.

2. *Medic igienist* (într-o specialitate distinctă de igienă) poate fi medicul din categoria a V-a şi a IV-a de atestare.

3. *Medic igienist principal* poate fi medicul igienist din categoria a III-a de atestare.

4. *Medic igienist-şef de secţie* şi inspectori sanitari de stat regionali

pe probleme pot fi medicii din minimum categoria a III-a şi a II-a de atestare.

5. *Inspectori sanitari de stat şefi regionali* pot fi medicii igienişti din categoria I de atestare.

În ceea ce priveşte organizatorii sanitari, aceste cadre au un rol special în conducerea activităţii de ocrotire a sănătăţii publice în statul socialist, respectiv democrat popular, în introducerea celor mai înaintate metode în munca de asistenţă curativo-profilactică şi sanitaro-antiepidemică a populaţiei.

Pentru ca munca de ocrotire a sănătăţii populaţiei să poată fi organizată şi condusă în mod concret, tehnic, este necesar ca organizatorii sanitari să provină din medici cu o experienţă prealabilă în practica medicală curativo-profilactică sau sanitaro-antiepidemică şi nicidecum nu trebuie pregătiţi direct dintre tinerii medici absolvenţi ai facultăţilor de medicină, care nu au trecut încă prin focul practicii medicale în general, respectiv prin focul practicii într-o specialitate distinctă a medicinei.

Numai bazîndu-se pe această pregătire teoretică şi experienţă practică într-un domeniu al medicinei curativo-profilactice sau sanitaro-antiepidemică, poate organizatorul sanitar să-şi elaboreze, printr-un studiu permanent, o orientare largă în toate problemele mari ale teoriei şi practicii medicale, fără de care pregătirea lui de organizare sanitară şi marxist-leninistă nu-i asigură capacitatea de a pătrunde în miezul problemelor medico-sanitare.

Propunerea categoriilor de atestare în cadrul specialităţii de organizare sanitară depăşeşte obiectivele acestei lucrări. Considerăm că în primul rînd este necesar ca organizarea sanitară să fie consfinţită oficial ca specialitate, nu numai în sectorul institutelor de învăţămînt şi de cercetări ştiinţifice medicale, ci şi în reţea, dîndu-i-se importanţa ce-i revine şi asigurîndu-se condiţiile necesare pentru ca, după modelul rezolvării acestei probleme în U.R.S.S., organizatorii ocrotirii sănătăţii din reţea să-şi poată desfăşura activitatea la un nivel ştiinţific şi la noi în ţară.

Tratăm acum problema legăturii dintre atestare şi cursurile de specializare şi perfecţionare.

Trebuie pusă întrebarea : sistemul actual de specializare din ţara noastră, prin absolvirea cursurilor şi stagiilor de specializare, scoate medici care pot fi consideraţi specialişti în disciplina respectivă ?

Răspunsul la această întrebare este mai complex.

Prin înfiinţarea secundariatului clinic şi de igienă se asigură fără îndoială ca, pe baza unui studiu teoretic şi practic de trei ani, un număr limitat de medici să devină specialişti în înţelesul strict al cuvîntului (prima promoţie de astfel de specialişti va ieşi în ţara noastră în anul 1957).

Cît priveşte însă cursurile de specializare, acestea singure nu dau medicului pregătirea, calificarea de specialist. Nu se poate concepe ca, printr-un curs de 3—10 luni, să poţi deveni specialist într-o disciplină medicală. Un astfel de curs are caracterul de *iniţiere în specialitate* pentru medicii care nu au o practică oarecare în specialitate înainte de a urma cursul, sau de *adîncire teoretică a cunoştinţelor de specialitate* pentru acei care posedă această practică prealabilă. De aceea, acest curs singur nu-l face specialist pe medicul cursant, ci constituie unul din factorii care-i determină specialitatea, factori pe care i-am înşirat în definiţia medicului specialist.

Deci, pe cînd secundarul clinic sau de igienă trebuie în mod automat considerat specialist o dată cu absolvirea secundariatului, absolventul cursului sau stagiului scurt de specializare trebuie să fie atestat, cu luarea în considerare a celor patru factori determinanți, pentru a se stabili dacă i se poate acorda titlul de medic specialist.

Tot atestarea va stabili și categoria în care trebuie încadrat medicul specialist, fie el absolventul instituției secundariatului, fie al cursului de specializare.

A obține titlul de medic specialist nu înseamnă însă încheierea procesului de calificare a medicului. Procesul de perfecționare (permanentă la locul de muncă și periodică la I.P.S.M.) urmărește tocmai *ridicarea continuă a calificării medicilor specialiști la nivelul ultimelor cuceriri ale științei medicale*. Prin perfecționarea la locul de muncă și prin cursuri, medicul specialist își acumulează cunoștințe noi, dobîndește o tehnicitate mai perfectă, devenind apt pentru a trece într-o categorie superioară de medic specialist. Deci atestarea sistematică, periodică, a medicilor, pe lîngă faptul că va fi un imbold de perfecționare a cunoștințelor, și prin aceasta a calității asistenței acordate de ei, va fi în același timp metoda obiectivă de constatare a calităților necesare medicului pentru a trece într-o categorie superioară de calificare în specialitate.

O caracteristică a cursurilor de perfecționare de pînă acum a constituit-o componența pestriță a cursanților, de la medici tineri cu o practică de abia 2—3 ani în specialitate, pînă la medici specialiști cu o practică de 15—20 de ani. Atestarea medicilor din rețea trebuie să aibă ca urmare și organizarea cursurilor de perfecționare pe baza categoriilor de atestare. Perfecționarea grupelor omogene de medici specialiști, din punct de vedere al pregătirii lor, va determina o creștere esențială a calității și a eficienței cursurilor. Este necesar însă ca, în locul programei de studiu unice de perfecționare într-o specialitate, să se elaboreze programe diferențiate pentru fiecare categorie de atestare, căci programa perfecționării va trebui să difere în complexitate, metodologie, grad de independență și, în parte, și în tematică, de la medicul consultant din categoria a IV-a de atestare, de exemplu, sau medicul consultant principal, la medicul-șef de secție, și de la acesta la specialistul principal. Aceasta poate să rezulte însă numai dintr-o activitate metodologică permanentă și susținută din partea catedrelor I.P.S.M.

In concluzie, la acest capitol trebuie să accentuăm că selecționarea cadrelor pentru cursurile de specializare la I.P.S.M., pentru stagiile de specializare la spitalele metodologice regionale, pentru specializarea prin secundariat clinic și de igienă, precum și pentru cursuri de perfecționare, trebuie să fie precedată de o atestare obligatorie a medicilor respectivi.

Tratăm acum problema legăturii dintre atestare și concursuri.

In țara noastră, înainte de eliberare, a existat sistemul concursurilor pentru obținerea titlului de extern, intern, medic secundar și medic primar și pentru ocuparea posturilor respective.

Fără nici o îndoială, prin acest sistem de concursuri s-au ridicat un anumit număr de specialiști valoroși în țara noastră.

Caracteristicile acestui sistem de concursuri în general însă erau următoarele:

a) nu avea la bază un sistem de stat, planificat și accesibil întregii

mase a cadrelor medicale, de specializare și perfecționare a medicilor, care să fi asigurat condiții egale acestora la prezentarea la concursuri;

b) nu se aplica principiul unității științei medicale cu practica ocrotirii sănătății populației în general în învățămîntul medical, și în special în cadrul acestor concursuri;

c) nu avea la bază un sistem de stat de atestare a cadrelor medicale, care să fi permis un studiu prealabil al acestor cadre, în vederea grupării lor în diferite categorii omogene de calificare;

d) aceste concursuri se organizau după principiul de clasă al burghezo-moșierimii (după interesele acesteia).

De la eliberare pînă la reforma învățămîntului, la noi în țară mai erau în vigoare aceste concursuri, fără să le fi conferit un conținut nou. Singurul punct din cele înșirate mai sus, unde s-au putut constata unele schimbări în această perioadă, a fost ultimul, și anume: în urma întăririi influenței Partidului în instituțiile de învățămînt și în rețeaua de ocrotire a sănătății în țara noastră, s-a deschis mai larg calea de acces la aceste concursuri pentru medicii provenind din clasa muncitoare, din țărănimea muncitoare și din intelectualitatea progresistă. Începînd din 1948, anul reformei învățămîntului în țara noastră, sistemul concursurilor pentru ocuparea posturilor de medici secundari, medici primari etc. a fost desființat, neexistînd condițiile pentru organizarea de concursuri după principiile de bază ale sistemului socialist de ocrotire a sănătății.

In perioada 1948—1954, ca urmare a creării sectorului socialist, predominant în economia țării noastre, a desfășurării revoluției culturale la noi în țară, a adîncirii reformei învățămîntului și a unificării spitalelor cu policlinicile și circumscripțiile:

1. S-au pus bazele unui sistem de stat, planificat și accesibil, de specializare și perfecționare a medicilor (calificare permanentă la locul de muncă în cadrul spitalului unificat, înființarea Institutului pentru perfecționarea și specializarea medicilor, a secundariatului clinic și de igienă, funcționarea primelor spitale din reședințele de regiuni, cum sînt Timișoara și Iași, ca spitale metodologice regionale etc.).

2. Învățămîntul nostru medical și rețeaua medico-sanitară au început să aplice din ce în ce mai accentuat principiul de bază al sistemului socialist de ocrotirea sănătății: unitatea dintre știința medicală și practica ocrotirii sănătății.

3. In organizarea învățămîntului medical, în selecționarea, repartizarea și promovarea cadrelor s-au creat condițiile aplicării principialității proletare de clasă.

Cele trei elemente de mai sus, astăzi realizate într-o măsură importantă (dar încă nu suficientă, deoarece sistemul de specializare prin cursuri, prin stagii la spitalele metodologice regionale și spitalele unificate mari și în special prin secundariat clinic și de igienă, respectiv sistemul de perfecționare, trebuie mult mai mult lărgit și adîncit), constituie condiții indispensabile pentru a da un conținut nou concursului în vederea ocupării unor categorii de posturi, pentru a se putea trece la organizarea concursurilor după principiile de bază ale sistemului socialist de ocrotire a sănătății.

Considerăm însă că aceste condiții, deși absolut necesare, nu sînt suficiente. Este nevoie și de o a patra condiție: instituirea unui sistem de stat de atestare a cadrelor medicale.

Numai clasificarea medicilor în categorii de calificare va permite ca,

la un anumit concurs, să se prezinte grupe omogene de medici, aparţinînd unei anumite categorii de calificare. În felul acesta vom asista la un concurs al celor buni, iar posturile vor fi ocupate de cei mai buni, în ordinea corespunderii.

Această corespundere va putea fi însă constatată numai pe baza unui concurs, care ţine seama de complexul de premize ce precede concursul şi cuprinde patru elemente principale : existenţa unui sistem consolidat şi lărgit de calificare, înjghebarea unei activităţi practico-ştiinţifice în reţea, atestarea cadrelor medicale pe baza calificării şi activităţii lor, şi principialitatea de clasă în alegerea şi promovarea cadrelor medicale.

A desconsidera, la organizarea concursurilor, oricare verigă din acest lanţ, oricare premisă din acest complex, înseamnă a organiza un concurs de tip vechi, nu un concurs socialist.

Din cele de mai sus trebuie să conchidem că atestarea nu este o campanie : prima atestare va fi, fără îndoială, în special o punere la punct a categorisirii profesionale a cadrelor medicale. După aceasta însă, atestarea va trebui să fie o metodă permanentă, ce va decurge în cadrul unui proces continuu, repetîndu-se ritmic şi fiind impusă de însuşi procesul dezvoltării cadrelor medicale în cursul activităţii şi calificării lor, ceea ce trebuie să se desfăşoare, de asemenea, în mod ritmic.

★

Принципы аттестации и её роль в квалификации и выдвижении медицинских кадров

В статье указывается на необходимость учреждения в секторе Здравоохранения Р Н Р государственной системы по установлению звания врача-специалиста, оффициально признанного на основании аттестации соответствующих медицинских кадров; в статье, в то же время, дается определение понятия о враче-специалисте и об аттестации.

Автор, после того как излагает общие принципы аттестации врачей, исходя из опыта аттестации хирургов в Советском Союзе (на основании 5 категорий аттестации) и из конкретных условий Р Н Р, дает некоторые советы для установления соответствия между номенклатурой медицинских должностей лечебно-профилактической сети и категориями аттестации по специальности.

В статье содержатся также указания в связи с иерархией должностей врачей-гигиенистов и номенклатурой медицинских должностей санитарно-противоэпидемического сектора и категориями аттестации по специальностям (5 категорий).

Затем автор рассматривает вопрос о связи между аттестацией и квалификацией врачей, указывая на принципиальное и практическое различие, которое должно существовать между курсами (стажем) для специализации и курсами для усовершенствования. На основании анализа состоявшихся до настоящего времени курсов для усовершенствования, автор предлагает организацию курсов для усовершенствования по категориям аттестации.

В последней части статьи, автор разбирает вопрос о связи между аттестацией и конкурсными экзаменами для занятия вакантных врачебных должностей. После анализа положения вопроса о конкурсных экзаменах для занятия вакантных врачебных должностей до освобождения от гитлеризма и за период, прошедший от освобождения и до реформы высшего образования—1948), автор намечает принципы, которые, по его мнению, должны соблюдаться при организации конкурсных экзаменов для занятия вакантных врачебных должностей в системе здравоохранения Р Н Р.

В заключение автор подчеркивает, что аттестация не является кампанией, а представляет постоянный метод, который должен проводиться в рамках постоянного, ритмически повторямого процесса, связанного с ростом медицинских кадров за время их работы и повышения квалификации.

Les principes de l'attestation médicale et le rôle de celle-ci dans la qualification et la promotion des cadres médicaux

L'auteur montre dans cet article la nécessité d'instituer dans le Secteur de la protection de la santé de la R.P.R. un système, valable pour tout le pays, établissant le titre de médecin spécialiste, comme titre officiel, basé sur une attestation des cadres médicaux; l'auteur donne en même temps la définition du médecin spécialiste et de l'attestation.

Après avoir exposé les principes généraux de l'attestanion des médecins, ayant comme point de départ l'expérience acquise en U.R.S.S. de l'attestation des chirurgiens (5 catégories d'attestation) et après avoir exposé les conditions concrètes de notre pays, il fait des recommandations concernant la correspondance entre la nomenclature des fonctions médicales du secteur curatif et prophylactique et les catégories d'attestation pour chaque spécialité.

L'article contient aussi une recommandation concernant la hiérarchie des fonctions des médecins hygiénistes et la correspondance entre la nomenclature des fonctions médicales du secteur Sanitaire antiépidemique et les catégories d'attestanions dans chaque spécialité (5 catégories).

L'auteur envisage par la suite le problème de la relation entre l'attestation et la qualification des médecins, montrant la différence principiale et pratique qui doit exister entre les cours (et les stages) de spécialisation et ceux de perfectionnement. Il propose aussi, en se basant sur l'analyse des cours de perfectionnement organisés jusqu'à l'heure actuelle, l'organisation des cours de perfectionnement, d'après les catégories d'attestation.

La dernière partie du travail s'occupe de la liaison entre l'attestation et les concours. Après avoir fait une anaiyse des concours dans notre pays avant la libération et pendant la période s'étendant entre la libération jusqu'à la réforme de l'enseignement (1948), il esquisse les principes qu'il considère comme devant être respectés dans l'organisation des concours, dans le système de protection de la santé de notre pays.

En conclusion, l'article insiste sur le fait que l'attestation ne doit pas être considerée comme une campagne, mais comme une méthode permanente; elle doit se dégager d'un processus continu; elle doit se répéter à intervalles réguliers: déterminée par le processus même du développement des cadres médicaux, pendant leur activité et leur qualification.

Metode de ridicare a calificării profesionale a cadrelor de igienişti, folosite în Sanepidul central şi cele raionale din Bucureşti

Conf. Silviu Rapoţescu

Se împlinesc patru ani de la înfiinţarea formei superioare a organizării muncii sanitaro-antiepidemice, prin crearea sanepidurilor în R.P.R.

La început regionale, apoi raionale şi orăşeneşti, sanepidurile şi-au formulat obiectivele, sarcinile, metodele de muncă, legăturile funcţionale verticale şi orizontale, cu reţelele medicale şi organele nemedicale, obţinînd succese în îmbunătăţirea condiţiilor igienice de mediu, sprijinind tehnic eforturile susţinute ale partidului şi guvernului pentru îmbunătăţirea continuă a condiţiilor de muncă şi trai.

Progresul calitativ al muncii sanitaro-antiepidemice a depins, în bună

măsură, de pregătirea de bază şi de preocuparea pentru ridicarea nivelului tehnic profesional al cadrelor prevăzute în schema sanepidurilor.

La început, multe funcţii ale sanepidurilor erau deservite de cadre fără pregătire de specialitate, cu o pregătire de bază, prin absolvirea facultăţii de medicină generală pentru medici, a facultăţii de chimie pentru chimişti şi prin absolvirea unor cursuri de pregătire neunitară — ca durată şi conţinut — pentru cadrele medii sanitare.

Institutele medico-farmaceutice, prin facultăţile de igienă, Institutul pentru perfecţionarea şi specializarea medicilor şi a farmaciştilor, prin cursuri speciale, şi şcolile medii tehnice sanitare, prin secţiile de igienă, creaţii ale regimului de democraţie populară, au permis schimbarea radicală a profilului de pregătire de bază şi de specialitate a cadrelor de igienişti din sanepiduri.

Eforturile Ministerului Sănătăţii şi ale secţiilor sanitare locale, cu sprijinul sindicatelor sanitare, de a încadra sanepidurile cu cadre cu pregătire de bază şi de specialitate în igienă, au îmbunătăţit simţitor componenţa de profil a cadrelor sanepidurilor, fără a duce însă pînă la capăt acţiunea de centripetare a igieniştilor, rămînînd nesoluţionate încă unele cauze de centrifugare a igieniştilor către alte reţele de specialitate.

Anul 1954 a găsit o stabilitate mai mare a cadrelor faţă de anii precedenţi, cînd se trecea cu uşurinţă de la reţeaua sanepid în celelalte reţele medicale, şi invers, şi cînd în cadrul sanepidurilor se trecea, cu temei sau nu, de la o reţea de specialitate în alta.

Aceste condiţii obiective au oferit ocazia unei preocupări mai atente pentru pregătirea profesională a cadrelor de igienişti şi necesitatea de a rezolva mai temeinic sarcinile locale sanitaro-antiepidemice.

Formele, metodele şi mijloacele pentru continua ridicare a nivelului pregătirii profesionale a cadrelor de igienişti sînt multiple şi diferite, în funcţie de profilul de bază, de funcţia îndeplinită în sanepid, de obiectivele centrale, precum şi de sarcinile locale ale luptei sanitaro-antiepidemice, de experienţa personală a fiecărui cadru rezultată din stagiul în producţie, de ataşamentul cu care fiecare cadru acţionează în promovarea problemelor sale cu interes şi cu iniţiativă.

★

Ca documentare şi exemplificare a formelor, metodelor şi mijloacelor de ridicare continuă a pregătirii profesionale a cadrelor de igienişti din sanepid am luat Sanepidul central al Capitalei, ca sanepid regional, cu cele 8 sanepiduri raionale orăşeneşti, cu laboratorul său central şi cu cele raionale.

Problema calificării cadrelor prin *cursuri de specializare la I.P.S.M.* a fost rezolvată în proporţie de 87% pînă la sfîrşitul anului 1954, la toate specialităţile pentru secţiile sanepidurilor Capitalei: epidemiologie, igienă comunală, igiena muncii, igiena alimentară, igiena şcolară, educaţia sanitară şi laborator. Remarcăm că aproape fiecare promoţie de absolvenţi ai cursurilor I.P.S.M. a menţionat, în şedinţele de analiză periodică a desfăşurării cursurilor de perfecţionare şi specializare, ca şi în ultima şedinţă de bilanţ a încheierii cursurilor, necesitatea de a apropia cît mai mult conţinutul teoretic şi practic al cursurilor de condiţiile posibilităţilor de punere în practică a cunoştinţelor dobîndite, mai ales în problemele de laborator şi dotare.

Colaborarea medicilor igienişti cu medicii şi chimiştii din laboratoarele dotate total sau parţial — regionale, raionale şi orăşeneşti — ca o altă verigă importantă în pregătirea profesională reciprocă şi în ridicarea calităţii rezultatelor muncii profesionale, ia uneori, pe alocuri, aspecte formale.

Plecînd de la o planificare comună a sarcinilor, lucru foarte just, igieniştii şi laboratoarele se regăsesc totuşi cu greu pe acelaşi drum în desfăşurarea sarcinilor individuale rezultate din planificare. Nu rareori, laboratorul efectuează singur munca pe teren, uneori chiar fără o indicare precisă a locurilor de ridicare a prizelor sau în ceea ce priveşte anumite determinări locale, igienistul folosind, fie doar datele finale ale analizelor, cînd îl satisfac, fie solicitînd noi deplasări ale laboratorului, pentru completare şi precizare, din cauza lipsei de orientare igienică a cadrelor de laborator. Aceasta se întîmplă atunci cînd nu se stabileşte în comun, în prealabil şi detaliat, felul în care pot fi cel mai bine folosite timpul de deplasare şi posibilităţile laboratorului, cunoscîndu-se capacitatea şi pregătirea profesională a acestuia. Alteori, fie ocazional, fie pentru a înmulţi orele de lucru în laborator ale tehnicienilor, scutindu-i de timpul petrecut în deplasare pe teren, igieniştii şi epidemiologii cu utilajul necesar fac prizele sau determinările locale, fără a epuiza necesarul prizelor sau determinărilor în scopul deservirii problemelor cercetate în funcţie de condiţiile locale, dintr-o injustă orientare asupra problemei sau terenului ca medic de laborator.

Aceste situaţii impun o atenţie deosebită asupra conţinutului ce se acordă noţiunii de colaborare a medicilor igienişti cu tehnicienii din laborator în rezolvarea problemelor cercetate.

Pregătirea de bază, ca şi cea de specialitate, atît pentru cadrele de laborator, cît şi pentru cadrele de igienişti, face ca aceştia să nu se poată înlocui reciproc în îndeplinirea sarcinilor specifice fiecăruia, lucru nejust de altfel. Aceasta ar constitui un cumul de funcţii, ceea ce ar însemna o mărire considerabilă a volumului de muncă, punîndu-se alternativa cuprinderii volumului în dauna calităţii, sau invers.

Principalele elemente ale colaborării dintre igienist şi laborator ar putea fi următoarele: planificarea comună, stabilirea metodologiei comune şi speciale, efortul comun sincron ca timp şi obiectiv, interpretarea în comun a rezultatelor. Astfel, aceste elemente ale colaborării duc şi la ridicarea nivelului profesional reciproc.

S-a pus în repetate rînduri în discuţie problema, în ce măsură şi la ce nivel calitativ trebuie să cunoască medicul igienist, cu un anumit profil de specialitate, problemele de laborator, iar cadrul de laborator pe cele de igienă. Părerile sînt împărţite. Experienţa sovietică ajunge la soluţia unificării secţiilor de igienă din sanepiduri cu laboratoarele de specialitate respective. Aceasta a pus capăt pretenţiei exagerate că pentru a fi igienist trebuie mai întîi să fii cadru de laborator, sau invers. Lucrul este valabil şi pentru cadrul de laborator. Această unificare a secţiilor de igienă cu secţiile laboratoarelor respective soluţionează pentru igiena muncii şi epidemiologie, ca şi pentru igiena şcolară, şi problema necesarului în ce priveşte pregătirea curativo-profilactică.

Unificarea nu înseamnă contopirea a două specialităţi din care să rezulte o a treia, ca un soi de amalgam, ci unificare de orientare, de obiective, de metode, de legături funcţionale, de tehnici, de interpretări de rezultate, de sprijin reciproc în anumite momente ale activităţii etc., fiecare

specialitate — igienist şi laborator — păstrîndu-şi profilul său propriu şi specificul diferit de muncă : laboratorul punînd accentul cu deosebire pe metoda analitică, iar igienistul pe cea sintetică ; deci, o unificare a rezultatelor prin folosirea raţională a sintezei şi analizei.

S-a încercat să se introducă această formă superioară organizatorică în unele secţii ale Sanepidului central al Capitalei. Exemplul Secţiei de igiena muncii, cu laboratorul de toxicologie industrială, cu sprijinul Ministerului Sănătăţii, ca şi al secţiei de igienă alimentară cu laboratorul de chimie alimentară şi al secţiei de epidemiologie cu laboratorul de bacteriologie, au dus la rezultate superioare faţă de precedent, fără însă a fi cristalizate suficient toate elementele colaborării enumerate mai sus.

★

Cercetarea ştiinţifică personală a unei teme practico-ştiinţifice, sau în cadrul unei probleme mai largi, cu participarea şi a altor ramuri de igienă sau a altor specialităţi medicale, ori participînd la cercetarea unei teme în calitate de colaborator ştiinţific local în cadrul unei probleme cercetate de un institut de cercetări, reprezintă o formă superioară de ridicare a nivelului tehnic profesional al cadrelor din sanepid.

Cercetarea ştiinţifică obligă la epuizarea conspectării bibliografiei generale, speciale şi colaterale a unei anumite probleme sau teme, la însuşirea unei anumite metodologii sau chiar a mai multor metode de cercetare ştiinţifică, începînd cu metodologia planificării temei de cercetat şi pînă la diferitele metode experimentale, organizatorice, de laborator, clinice, fiziologice. Calitatea cercetării, şi deci şi calitatea pregătirii profesionale, creşte cu cît o problemă este analizată din punctul de vedere al unui complex de diferite specialităţi, fiecare cu particularităţile sale.

Rolul institutelor de cercetare ştiinţifică şi de învăţămînt în antrenarea şi creşterea cadrelor de cercetători pe teren este multiplu şi variat. Sanepidul central al Capitalei beneficiază de acest sprijin din partea institutelor din Bucureşti, cu toate că uneori cercetătorilor de pe teren li se încredinţează sarcini inferioare capacităţii lor, ca de pildă determinarea benzenismului de către Institutul de igiena muncii şi boli profesionale ; alteori aceştia nu sînt îndrumaţi sau suficient antrenaţi de Institutul de igienă în tematica aleasă, ceea ce a dus la concluzii inaplicabile, ca de exemplu în tema asupra „cauzelor contaminării îngheţatei în timpul fabricaţiei".

In unele cazuri, cercetătorii din institute au o atitudine nejustă faţă de cadrele de pe teren pe care, fie că le ignorează de la început, fie că ulterior nu le mai informează despre mersul cercetărilor, iar uneori le antrenează numai în rezolvarea problemelor gospodăreşti impuse de cercetare în ceea ce priveşte stabilirea legăturilor cu obiectivele de cercetat, transportul de persoane şi utilaje etc.

In 1954, Sanepidul central al Capitalei a abordat 35 de teme de cercetare ştiinţifică, la toate secţiile, ceea ce considerăm că este o exagerare, socotind după faptul că multe din aceste cercetări n-au putut fi terminate, unele din ele fiind abandonate, şi foarte puţine au fost publicabile, ca schimb larg de experienţă pentru alţi cercetători.

Ignorarea însă a activităţii de cercetare ştiinţifică duce la un practicism îngust al cadrelor sanepidului, cum se întîmplă în unele raioane şi regiuni, iar supraîncărcarea tematicii de cercetare ştiinţifică, cum se pare

că are tendința Sanepidul central al Capitalei, duce la schimbarea profilului de activitate al instituției respective, în dauna rezolvării problemelor curente de ocrotire a sănătății.

Alegerea tematicii de cercetare științifică pentru sanepid trebuie să asigure, în afară de ridicarea nivelului profesional, și posibilități de realizare pînă la capăt, și o participare la o rezolvare de calitate a unor probleme cu aplicativitate largă, legate de volumul problemelor locale. Alegerea tematicii de cercetare pentru secția de igienă comunală a Sanepidului Capitalei — bazinul acoperit de înot ca singură unitate de acest fel în prezent în Capitală — sau pentru secția de igienă alimentară — contaminarea înghețatei în timpul fabricației, existînd o singură fabrică de înghețată pentru deservirea cu mare productivitate a Capitalei — arată reminiscența concepției „cazuisticii înguste" din specialitățile terapeutice.

Alegerea temelor foarte generale, ca „influența microclimatului asupra productivității muncii" de către igiena muncii a Sanepidului central al Capitalei sau „studiul morbidității în colectivitățile școlare legată de condițiile de mediu", de către secția de igienă școlară, nu permite adîncirea cercetării, iar concluziile nu pot fi decît foarte generale.

☆

Fructificarea largă a rezultatelor studiului individual, a colaborărilor cu laboratorul, a cercetărilor științifice, se face prin conspectarea materialului bibliografic pe secții, prin referate interne pe secții, pe sanepid, pe întreaga rețea teritorială sanitaro-antiepidemică, cu contribuția prin comunicări la activitatea filialei locale a secției de igienă a Societății științelor medicale și prin publicări în revistele de specialitate.

Conspectarea bibliografiei de specialitate pe secții este o metodă puțin răspîndită în munca de ridicare a nivelului profesional al cadrelor Sanepidului central al Capitalei, cu toată bogata tematică de cercetare științifică, care ar fi trebuit să înceapă tocmai cu conspectarea bibliografică. Excepție face secția de igienă școlară, care are un bogat material conspectat, organizat funcțional prin fișier.

O formă deosebită de utilizare a materialului tehnic documentar este experiența folosită cu ocazia prelucrării colective, cu toate cadrele sanepidurilor raionale, a lucrării lui M. D. Metalnikov „Analiza epidemiologică", cu discuții și localizări față de cazuistica oferită de teritoriul respectiv raional al Capitalei.

Referatele de specialitate — inexistente în anii precedenți, în 1954 în număr de 26 pentru toate secțiile adunate — reprezintă un progres, totuși nu constituie o muncă susținută pentru Sanepidul central al Capitalei, cu tot rolul lor metodologic pentru sanepidurile raionale și laboratoarele lor tinere, pentru medicii igieniști din întreprinderi, pentru întreaga rețea curativo-profilactică, circumscripția teritorială și circumscripția de atelier.

În ceea ce privește comunicările la Societatea științelor medicale, filiala igienă, secția București, Sanepidul central al Capitalei de-abia s-a putut prezenta doar de cinci ori, iar participarea celor aproape 100 de igieniști la ședințele de comunicări este nesusținută, cu toate că rețeaua sanitaro-antiepidemică a Capitalei trebuie să fie unul din puternicele ei puncte de sprijin, alături de cadrele institutelor de cercetări și învățămînt de igienă.

Cele patru lucrări ale Sanepidului central al Capitalei, apărute în revistele de specialitate în problemele de igienă, justifică în parte greutăţile de redacţie, prin lipsa materialului în portofoliul revistelor de specialitate şi neapariţia la timp a numerelor planificate. Dacă judecăm şi după numărul redus de abonamente individuale la revistele de specialitate, se poate aprecia că ele nu primesc ajutorul necesar prin colaborări şi nici nu sprijină masa de cadre care lucrează în probleme de igienă şi organizare sanitară.

★

Colaborarea cu Asociaţia ştiinţifică a inginerilor şi tehnicienilor (A.S.I.T.), cu filiale pe regiuni şi raioane, mai ales pentru unele sanepiduri îndepărtate de sediile institutelor de cercetări şi învăţămînt şi filialele lor, constituie un sprijin pentru ridicarea profesională a cadrelor de igienişti, aşa cum se face de către sanepidurile regionale Ploieşti, „I. V. Stalin", Arad, după exemplul oamenilor sovietici. Comunicările igieniştilor şi ale cadrelor de laborator la A.S.I.T. şi ale inginerilor şi tehnicienilor la şedinţele de referate ale sanepidurilor, sau la secţia de igienă a filialei regionale a Societăţii ştiinţelor medicale, pe probleme tangente sau comune, au sprijinit şi ridicat nivelul profesional reciproc şi au sporit şi eficienţa calitativă a rezultatelor muncii reţelei sanitaro-antiepidemice. Asemenea exemple nu putem găsi în activitatea Sanepidului central al Capitalei în anul 1954.

★

O verigă importantă în ridicarea nivelului profesional al cadrelor sanitaro-antiepidemice din Capitală au constituit-o *cursurile săptămînale de informare în tehnica de laborator* de igienă a mediului industrial în cadrul Laboratorului central de toxicologie al Sanepidului central al Capitalei, precum şi cursurile de igienă a mediului industrial în laboratoarele Institutului de protecţie a muncii şi tehnică a securităţii al C.C.S.

Această formă de ridicare a nivelului profesional găseşte aplicare, ce-i drept într-o măsură mai mică, şi la celelalte secţii, ca igiena şcolară, care a făcut studii de microclimat în laboratorul de toxicologie, laboratorul de bacteriologie, care a făcut studii despre diagnosticul tifosului exantematic în laboratoarele Institutului „Cantacuzino", igiena comunală, care a studiat apele reziduale, cele de irigaţii, sol şi altele.

Stagiul în muncă în problema de specialitate solicită pentru ridicarea nivelului profesional o continuitate, o stabilitate care trebuie menţinută şi sprijinită în cadrul sanepidurilor. Stagiul de muncă în problema de specialitate în Capitală este susţinut şi de posibilităţile de cumulare a unor posturi tot în specialitate, în marea majoritate a cazurilor, ceea ce poate fi valabil pentru toate centrele universitare. Sînt însă şi excepţii prin cumulul igieniştilor în reţelele curativo-profilactice, chiar şi în centrele universitare, ceea ce considerăm a fi contraindicat.

Cumulul igieniştilor în reţelele curativo-profilactice redeschide problema centrifugării igieniştilor din reţeaua sanitară-antiepidemică, pe de o parte, pe de altă parte există un decalaj al posibilităţilor de asigurare a veniturilor echivalente între diferitele reţele medicale, problemă lăsată încă deschisă de factorii de conducere din Ministerul Sănătăţii.

O cale înaltă de calificare profesională a cadrelor din sanepid o constituie *stagiul de aspirant pentru a deveni candidat în ştiinţele medicale.* Această cale este în general puţin bătătorită în toate specialităţile medicale, şi cu atît mai puţin în specialităţile de igienă.

★

In afară de aceste forme principale de ridicare a calificării profesionale a cadrelor din sanepid, în activitatea curentă pentru rezolvarea sarcinilor din diferitele secţii sînt folosite şi alte mijloace, *ca prelucrarea şi adaptarea scrisorilor metodologice* ale Ministerului Sănătăţii, ale institutelor de cercetări, *a instructajelor generale şi speciale în diferite probleme de igienă.* Secţiile Sanepidului central al Capitalei au primit în cursul anului 1954 cca 20 de asemenea instructaje tehnice, fie prin Buletinul Ministerului Sănătăţii, fie prin corespondenţă specială directă.

De asemenea, instructajele verbale, cu ocazia deplasării pe teren a cadrelor din institutele de cercetări, au contribuit la ridicarea nivelului tehnic al cadrelor din sanepid. Sanepidul central al Capitalei nu s-a bucurat de o atenţie specială în cursul anului 1954, prin faptul că se află în aceeaşi localitate cu sediul Ministerului Sănătăţii, cu toate că această situaţie ar putea să constituie un prilej de experimentare a unor probleme organizatorice şi metodologice pentru cadrele de tehnicieni ale direcţiei de resort din Ministerul Sănătăţii.

★

O formă destul de apreciată pentru ridicarea nivelului profesional o constituie *schimbul de experienţă între cadrele diferitelor sanepiduri,* care se concretizează în şedinţe periodice de colectiv pe secţii (de obicei săptămînale), pe raioane (lunare) şi pe regiuni (trimestriale), la sediile institutelor de igienă şi ale filialelor lor. Participarea activă prin *rapoarte de activitate periodice* din partea unor secţii din sanepiduri, prin *referate tehnice pe specific de probleme* din partea secţiilor filialelor Institutului de igienă şi Institutului „Cantacuzino" şi prin *instructajele organizatorico-metodologice* din partea Ministerului Sănătăţii, urmate de *discuţii colective,* duce la concluzii şi hotărîri care măresc eficienţa muncii, prin ridicarea nivelului profesional al cadrelor din sanepid.

★

Calitatea unor rapoarte de activitate periodică, care calchează punctele unei cercetări ştiinţifice prin planul de muncă — obiective, metode, sarcini, rezultate — le face să fie considerate, după conţinut şi formă, ca adevărate cercetări ştiinţifice, care se pot înscrie în cazierul personal profesional al cercetătorului. Sanepidul central al Capitalei a reuşit să se apropie de deziderat: raportul periodic de activitate trebuie nu numai să cuprindă volumul de muncă executat, ci, prin rezultatele de calitate în anumite probleme de ocrotire a sănătăţii, să fie considerat ca o lucrare ştiinţifică, de exemplu rapoartele pe anumite probleme de epidemiologie sau de igienă şcolară.

Schimbul de experienţă prin vizite reciproce la sediile sanepidurilor fruntaşe şi în obiectivele din teritoriul unde funcţionează ele, ocazionează discuţii şi însuşirea de tehnici şi metode dintre cele mai fructuoase, ca cele obţinute de secţia de epidemiologie a Sanepidului Capitalei, la Sanepidul regional Hunedoara şi Timişoara, la Secţia de igienă a muncii şi igienă comunală, la Sanepidul regional „I. V. Stalin", la Secţia de igienă şcolară şi laboratorul de bacteriologie la Sanepidul regional Cluj.

★

De asemenea a fost folosită *metoda schimbului locului de muncă* pe timp de o lună al cadrelor din laboratorul central la cele raionale şi invers.

★

Metoda brigăzilor complexe este folosită de Sanepidul central al Capitalei în cercetarea unui obiectiv sau a unui sanepid raional, sub toate aspectele ramurilor de igienă şi laborator, şi uneori şi cu colaborarea altor reţele medicale curativo-profilactice de specialitate, ceea ce aduce lămurirea problemelor în plan complex cantitativ şi calitativ.

Sanepidul central al Capitalei are exemple de cercetare în brigăzi complexe ale unităţilor agricole colective de stat, Spitalul central de boli transmisibile al Capitalei, Complexul metalurgic C.F.R., Staţia centrală de alimentare cu apă potabilă a Capitalei, activitatea sanepidurilor raionale „N. Bălcescu", „23 August", „I. V. Stalin" etc., cu rezultate mulţumitoare, dar cu oarecare folosire insuficientă a timpului acordat cercetării în teren. Cu cît brigada este mai complexă, cu atît se foloseşte mai greoi timpul afectat şi cu atît necesită o planificare mai strictă şi o pregătire organizatorică mai minuţioasă.

★

O problemă care pare a fi generală, şi ca teritoriu, şi ca specialitate, în toate reţelele medicale, cu atît mai mult în reţeaua sanitaro-antiepidemică, o constituie *folosirea raţională a cadrelor medii tehnice sanitare şi ridicarea nivelului tehnic profesional al acestor cadre de mare valoare.*

Dacă ar fi să considerăm raportul numeric dintre cadrele cu pregătire universitară şi cele de pregătire medie din Sanepidul Capitalei, el este în general de 1 : 4, deci încă insuficient faţă de volumul de muncă al sanepidurilor. Cu cît se acordă mai multă atenţie cadrelor medii tehnice de igienişti de către cadrele medicale, cu atît calitatea muncii cadrelor medicale este mai crescută. Atenţie trebuie acordată şi în ce priveşte pregătirea lor profesională continuă, cît şi în ceea ce se cheamă îndrumarea şi controlul tehnic. Eficienţa muncii medicului igienist şi a cadrului de laborator creşte nu numai calitativ — o parte din sarcini, după competenţă, executîndu-se de cadrele medii tehnice — ci şi cantitativ, pentru aceleaşi motive. Substituirea medicului în sarcinile felcerului, pe motiv că rezultatul muncii medicului are alt nivel sau că felcerul igienist nu este pregătit suficient, înseamnă să se accepte o linie de minimă rezistenţă, în loc să se folosească timpul pentru ridicarea nivelului profe-

sional al felcerilor. Multe secţii ale Sanepidului central al Capitalei au acceptat această minimă rezistenţă, cu toate că în această problemă şi Ministerul Sănătăţii are încă de luat măsuri pentru îmbunătăţirea învăţământului mediu tehnic şi pentru o bună repartizare şi justă folosire a cadrelor medii tehnice sanitare. Este de remarcat justa orientare a unor sanepiduri raionale din Capitală, care de mulţi ani au făcut cursuri de instructaj tehnic şi de prelucrare a legislaţiei, pe bază de programă analitică cu cadrele medii, ca sanepidurile „1 Mai" şi „T. Vladimirescu", sau cursuri cu surorile filtriere de la căminele de zi şi creşele din Capitală, la Spitalul de boli transmisibile al Capitalei.

★

Enumerarea nelimitativă a acestor multiple posibilităţi de ridicare a nivelului tehnic profesional al cadrelor din sanepiduri poate pune în discuţie dacă sanepidurile au aplicat toate aceste posibilităţi sau dacă au folosit la maximum fiecare din ele şi dacă se mai poate pune problema descalificării cadrelor de igienişti dacă nu lucrează în unităţi curativo-profilactice, aşa cum a pus din nou problema Sanepidul regional Ploieşti, cu ocazia conferinţei anuale a sanepidurilor, care a avut loc în decembrie 1954, în Bucureşti.

Se poate pune mai degrabă problema: cîtă atenţie este acordată acestei probleme de ridicare a nivelului cadrelor de igienişti de către secţiile de sănătate şi sanepiduri, fie ele regionale sau raionale.

---

*Cîteva probleme în legătură cu îmbunătăţirea asistenţei medico-sanitare din sectorul piscicol (Delta Dunării)**

Conf. Ialomiţeanu Mircea, Olteanu Mircea, Olariu Traian

Lucrare efectuată la Catedra de organizare sanitară din I.P.S.M. (profesor Grom Leonida)

Însuşirea şi adaptarea la condiţiile noastre a experienţei sovietice, care pentru noi constituie un preţios îndreptar, au creat posibilitatea aplicării şi în ţara noastră a metodelor şi formelor organizatorice înaintate ce corespund principiilor socialiste de ocrotire a sănătăţii, pentru asigurarea unei continue îmbunătăţiri a ocrotirii sănătăţii tuturor celor ce muncesc la oraşe şi sate.

De asemenea, noile forme organizatorice (S.M.S.-urile şi punctele de sănătate medicale şi cu felceri) care s-au aplicat şi sînt în curs de generalizare în sectorul industrial, au creat colectivităţilor muncitoreşti mari şi mici bazele unei asistenţe medicale de calificare ridicată la locul de muncă.

---

* Lucrare comunicată în rezumat la prima Sesiune ştiinţifică a Institutului pentru perfecţionarea şi specializarea medicilor si farmaciştilor din ianuarie 1955.

Sectorul piscicol însă, datorită condiţiilor specifice de mediu, de muncă, datorită căilor de acces între localităţi şi a mijloacelor de transport grele, ridică dificultăţi apreciabile în găsirea unor forme organizatorice sanitare, care să asigure în mod corespunzător şi oamenilor muncii din acest sector economic o asistenţă medicală uşor accesibilă, calificată şi specializată.

Găsirea acestor forme organizatorice este de o deosebită importanţă, deoarece îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii din sectorul piscicol este o parte integrantă a politicii partidului şi guvernului în acest sector al economiei naţionale.

Pentru cunoaşterea problemelor de sănătate ale populaţiei şi în scopul găsirii formelor organizatorice sanitare celor mai adecvate sectorului piscicol, I.P.S.M.-ul, prin Catedra de organizare sanitară, cu sprijinul Ministerului Sănătăţii şi al organelor locale de sănătate, a întreprins în cursul anului 1954 o cercetare pe teren.

Studiul nostru a cuprins numai o zonă limitată, dar cea mai caracteristică şi importantă a sectorului piscicol, şi anume *Delta Dunării*, adică porţiunea cuprinsă între braţele Dunării, teritoriu care oferă condiţii optime pentru dezvoltarea pescuitului şi pisciculturii.

Caracterul deosebit al acestui teritoriu rezultă tocmai din condiţiile specifice de viaţă şi de muncă ce le comportă şi care ridică cele mai complexe şi dificile probleme de rezolvat, iar importanţa lui economică rezultă în special din faptul că peste 50% din întreaga producţie de peşte a ţării o furnizează Delta Dunării şi litoralul Mării, desigur cu o productivitate şi un aport calitativ superior tuturor celorlalte zone ale sectorului piscicol.

Delta propriu-zisă are forma unui triunghi cu baza la litoralul Mării Negre şi vîrful la punctul de emergenţă a Dunării în cele două mari braţe, Chilia şi Tulcea.

Întinderile de apă pe acest teritoriu predomină, reprezentînd 87% din suprafaţă, iar uscatul este redus la cîteva insule, grinduri de nisip, fîşii de uscat de-a lungul braţelor şi canalelor şi alte cîteva porţiuni ceva mai întinse în apropierea litoralului mării, totalizînd abia 13% din suprafaţa totală a Deltei. Dealtfel aceste aprecieri sînt cu totul aproximative, deoarece numai în decursul unui singur an, proporţia dintre apă şi uscat variază simţitor, în funcţie de extinderea inundaţiilor sau de retragerea apelor.

Specificul peisajului deltar, privit în ansamblu, specific care interesează profund condiţiile de viaţă şi de muncă ale pescarilor, îl constituie tocmai acel imens mozaic, acea reţea complexă, asociată şi alternantă de bălţi şi grinduri, canale şi insule, ghioluri şi ostroave, reţea acoperită peste tot cu o vegetaţie abundentă, străbătută şi alimentată de cele trei artere principale formate din braţele Dunării.

Datorită apropierii Deltei de ţărmul Mării Negre şi influenţei curenţilor maritimi, temperatura medie anuală (de 10—11°) este mai ridicată, şi deci clima este mai dulce decît în restul ţării, în special în apropierea litoralului. Cu toată această influenţă maritimă însă, regimul termic al Deltei în general rămîne cel continental (de stepă), cu puternice variaţii sezonale între anotimpul cald şi cel rece. Iarna mai ales, Delta e lipsită de o pavăză naturală, este supusă tuturor inconvenientelor create de bătaia crivăţului.

Ocupația principală a majorității locuitorilor din Deltă este pescuitul. Legumicultura, pomicultura, viticultura, creșterea vitelor și mai ales agricultura sînt alte ocupații ale unei părți mai mici a populației.

Indeletnicirile însă — cu cîteva excepții — nu sînt unice. E adevărat, spre exemplu, că locuitorii satelor așezate pe terenurile mai ridicate din apropierea grindurilor (cum sînt satele Letea, C. A. Rosetti, Chilia Veche, și alte localități de pe malul drept al brațului Sf. Gheorghe) se ocupă mai mult cu agricultura, cum tot așa și locuitorii satelor Dunavăț, Murighiol, etc. se ocupă mai mult cu exploatarea piscicolă. Aceasta însă nu constituie un impediment ca o bună parte din locuitorii satelor cu caracter predominant agricol să se ocupe (în pauzele dintre principalele munci agricole) și cu pescuitul, cum nici pentru locuitorii satelor pescărești să se ocupe și cu agricultura, legumicultura, apicultura, creșterea vitelor etc., între sezoanele favorabile pentru pescuit.

De altfel, în acest din urmă caz, grosul muncilor agricole nu-l efectuează pescarul, ci familia lui (soția și copiii mai mari).

In majoritatea localităților din Deltă găsim deci un aspect mixt de producție (agro-piscicol), cu predominanța exploatării piscicole. Localitățile pur pescărești sînt puține, ca de pildă Sf. Gheorghe, Cardon, Crișan, Mila 23.

Satele locuite în majoritate de pescari sînt așezate pe malurile brațelor Dunării (ca Periprava, Crișan, Mila 23), a bălților și canalelor (ca Murighiol, Dunavăț, Caraorman) sau pe litoralul mării (Cardon, Sf. Gheorghe), adică tocmai în punctele cele mai favorabile pentru pescuit, situație care, pe de o parte, a permis dezvoltarea acestor localități, dar care, în același timp, le aduce și multe pagube și prejudicii, prin inundațiile periodice, uneori deosebit de serioase.

Locuințele pescărești, în majoritate, sînt construite din pămînt bătut și acoperite cu stuf, materialul cel mai puțin costisitor și la îndemînă pentru localnici.

Deși ele cuprind, în medie, două camere, doar una singură este utilizată în mod obișnuit pentru locuit, ceea ce face ca densitatea medie pe o cameră să crească de la două la trei și chiar patru persoane, adică să fie aglomerate. Cu toate acestea însă locuințele, datorită faptului că sînt sănătoase, suficient de călduroase și întreținute în stare de curățenie, nu constituie un factor de bază, care să influențeze negativ (în măsură demnă de remarcat) starea de sănătate a populației.

In ceea ce privește alimentația familiilor pescărești, hrana lor principală, desigur, o constituie peștele (bogat în proteine superioare), la care se adaugă pîine, mămăligă, cartofi, carne de porc sau de vită și mai rar fructe.

In general alimentația lor e suficient de consistentă și complexă, ceea ce explică raritatea bolilor carențiale printre pescari.

O caracteristică demnă de subliniat în alimentație și care, alături de anumiți factori de mediu, are partea ei de contribuție în etiologia și frecvența anumitor afecțiuni ale aparatului digestiv la pescari, o constituie abuzul de condimente și alcool. Familiile pescărești s-au obișnuit să consume alimentele doar bine condimentate (sărate, ardeiate, piperate, acrite cu oțet etc.), iar alcoolul să fie un articol aproape de nelipsit.

In ce privește alimentarea cu apă de băut, pentru aproape întreaga populație a Deltei, cu excepția locuitorilor din orașele Tulcea și Sulina

(care au rețea de distribuție) și din cîteva localități agricole (care au puțuri), sursa cea mai economică și accesibilă de apă de băut o constituie Dunărea. Pescarii mai ales, aproape fără excepție, beau apă direct din Dunăre sau din bălți (exemplu Murighiol), desigur poluată. Numai puțini locuitori consumă apă filtrată (filtre individuale) sau limpezită prin precipitare cu alaun.

Această situație contribuie într-o oarecare măsură la trenarea endemicității febrei tifoide a cărei frecvență, însă, este redusă în comparație cu posibilitățile continue de contaminare hidrică.

Căile de comunicație, în majoritate absolută, sînt cele pe apă, accesul fiind asigurat pretutindeni prin numeroasele canale și sahale ce brăzdează Delta în toate direcțiile, făcînd legătura între brațele Dunării și lanțul de bălți dintre brațe. Șoselele în Deltă sînt o raritate.

Mijloacele obișnuite de transport pe apă sînt bărcile simple (cu vîsle) de diferite mărimi, a căror deplasare necesită eforturi fizice apreciabile din partea pescarilor, spre deosebire de agricultori, care pentru deplasarea căruțelor au posibilitatea de a utiliza tracțiunea animală.

Pe marile artere de circulație (brațele Dunării) transportul este asigurat prin vapoarele de pasageri sau prin alte vapoare ocazionale de transport, de poștă, șalupe și cutere pescărești etc.

Viteza de deplasare a acestor ambarcațiuni este relativ redusă (10—25 km pe oră).

În timpul înghețului, comunicațiile pe apă sînt întrerupte aproape cu desăvîrșire, determinînd izolarea temporară a majorității localităților din Deltă.

Munca pescarilor din Deltă, datorită procesului muncii și condițiilor speciale de mediu, are un specific cu totul aparte.

În trecut pescarii, săraci în cea mai mare parte, erau exploatați fără milă de către proprietarii de unelte de pescuit, la care erau siliți să se angajeze din lipsa uneltelor proprii și cărora trebuiau să le predea aproape toată cantitatea de pește, prins de cele mai multe ori în condiții de muncă profund dăunătoare sănătății (fără unelte perfecționate, fără ambarcațiuni solide și fără materiale de protecție).

Cîștigul pescarilor era atît de mic, încît acesta nu le permitea să depășească, împreună cu familiile lor, greutățile și rigorile unor ierni mai aspre și îndelungate, fiind în cele din urmă obligați să apeleze la „ajutorul" exploatatorilor lor sub formă de împrumuturi grele, a căror amortizare dura ani de-a rîndul. În felul acesta pescarii le rămîneau veșnic îndatorați exploatatorilor lor, iar sărăcia lor, ajunsă proverbială, favoriza și contribuia — alături de alte cauze și condiții — la apariția unui șir întreg de boli, care măcinau sănătatea și secerau în proporții alarmante viețile pescarilor.

Regimul de democrație populară a lichidat treptat și definitiv această exploatare, prin reorganizarea pe baze noi, socialiste, a sectorului piscicol.

Înființarea Gospodăriilor piscicole de stat (G.P.S.) a dat posibilitatea marii majorități a pescarilor să se încadreze în aceste unități socialiste, fie ca muncitori permanenți, fie ca angajați sezonieri sau zilieri.

În felul acesta statul le-a pus la dispoziție în cantități suficiente unelte și mijloace de pescuit perfecționate, ambarcațiuni solide și materiale de protecție, creîndu-se condiții de muncă favorabile.

Prin sistemul de retribuire a muncii, pescarii au devenit cointeresaţi în mărirea producţiei de peşte, iar prin posibilităţile mari de cîştig şi alte măsuri luate de partid şi guvern, li s-a asigurat baza materială necesară îmbunătăţirii continue a nivelului lor de trai.

G.P.S.-urile sînt organizate pe secţii şi subsecţii piscicole, adică li s-au atribuit un anumit număr de cherhanale mari şi mici, situate la distanţe variabile (4—40 de km) faţă de sediul gospodăriei. O organizare analogă găsim şi la Gospodăriile agricole de stat (G.A.S.) cu care de altfel G.P.S.-urile au multe puncte de asemănare (teritorii întinse, colectivităţi muncitoreşti aşezate la distanţe mari faţă de centrul gospodăriei, fluctuaţii sezoniere masive de muncitori etc.).

Sediile acestor G.P.S. sînt situate în centre populate mai importante, ca : Sulina, Sf. Gheorghe, Chilia Veche etc., iar cherhanalele (punctele pescăreşti) sînt aşezate, fie în anumite localităţi ca Mahmudia, Crişan, Mila 23, fie în afara lor, pe malul bălţilor, canalelor, a mării sau braţelor Dunării, izolate la distanţe apreciabile de localităţi, cum sînt cherhanalele mari Matiţia, Uzlina, Dranov, Ciotică şi altele.

Cherhanalele propriu-zise (hale care servesc drept centre de adunare, ambalare şi depozitare temporară a peştelui pînă la ridicarea lui de către vaporaşele speciale, care vin zilnic sau în fiecare a doua zi) sînt construite din lemn, la mal, pe piloni bătuţi în apă, avînd punţi de acostare pentru bărci şi vaporaşe.

Condiţiile de muncă în cherhana se caracterizează prin umiditatea permanentă, curenţi de aer, şi iarna, prin frig. De asemenea, mînuirea peştelui, transportul lăzilor şi reparaţia uneltelor sînt cauze frecvente de microtraumatisme.

Pentru cazarea muncitorilor de la unităţile izolate şi îndepărtate s-au construit în apropierea cherhanalelor cabane speciale cu dormitoare, săli de mese, club etc.

La alte cherhanale mai mici, cazarea se face în bordeie mici, construite de pescari din stuf, lemne de salcie etc.

La aceste puncte izolate, în timpul sezonului de pescuit pescarii stau toată săptămîna la muncă, revenind acasă doar sîmbătă seară, pentru ca duminecă seară să se întoarcă din nou la cherhana. Aci hrana se pregăteşte în colectiv, baza fiind desigur tot peştele (prăjit, rasol sau ciorbă) cu nelipsitele-i condimente, dar fără alcool.

O problemă încă nerezolvată la majoritatea cherhanalelor este aceea a closetelor. Ele sînt făcute în mod neigienic : un sistem de scînduri plutitoare legate de cherhana printr-o punte îngustă.

Pescarii lucrează în brigăzi de 4—15 persoane, care se deplasează pe marginea lacurilor, bălţilor, pe braţe, canale sau malul mării la anumite puncte favorabile pentru pescuit, situate uneori la distanţe de cîţiva km de cherhana. Acolo ei îşi întind, de obicei noaptea, plasele, vîrşele, „talienele“ sau alte instrumente de pescuit pe care, ulterior (1—2 ori pe zi), le ridică încărcate cu peşte, transportîndu-l apoi la cherhana, unde îl sortează, selecţionează şi împachetează.

Sezonul cel mai favorabil pentru pescuit este către sfîrşitul verii şi toamna, deşi pescuitul nu încetează nici primăvara şi nici chiar iarna decît atunci cînd gheaţa, prea groasă, nu mai permite nici o activitate în acest domeniu.

Condiţiile de muncă nu sînt de loc uşoare sub influenţa directă a factorilor climatici (pe arşiţă, vînt, furtuni, ploaie, umezeală, frig etc.). Eforturile şi pericolele la care sînt supuşi şi expuşi pescarii, transformă adeseori munca lor într-un adevărat lanţ de acte eroice. În special pescarii de mare, care lucrează la „carmace" (cîrlige speciale), adică vînătorii de sturioni (peşti cu icre negre ca morunul, nisetrul, păstruga etc.) trebuie să fie adevăraţi maeştri pentru a învinge, atît greutăţile unei navigaţii pe marea agitată, cît şi nenumăratele primejdii ce se ivesc în lupta cu sturionii prinşi în cîrlige, a căror lungime depăşeşte uneori 4 metri.

Subliniem deci specificul de muncă, grea şi plină de riscuri, al majorităţii muncitorilor pescari, care îşi desfăşoară munca timp de 7—8 luni dintr-un an la punctele pescăreşti izolate, expuşi celor mai variate noxe, în colectivităţi restrînse (20—200 de muncitori), situate la distanţe variind între 5—40 km de cea mai apropiată unitate medico-sanitară. În aceste condiţii speciale de muncă şi de viaţă posibilităţile de îmbolnăvire şi accidente sînt frecvente şi de aceea asigurarea primului ajutor şi a unei asistenţe medicale accesibile şi calificate sînt probleme de prim ordin, care necesită o atenţie deosebită în acest sector de activitate.

O scurtă privire retrospectivă ne va lămuri că înainte de 23 August 1944, asistenţa medicală a locuitorilor din Delta Dunării era aproape inexistentă.

Populaţia Deltei, atît cea urbană, cît şi cea rurală, inclusiv populaţia pescărească, era deservită doar de un singur spital (Tulcea) cu două secţii de specialitate, avînd o capacitate totală de 40 de paturi (Spitalul din Sulina fiind dependent de Comisia Europeană a Dunării, deservea cu exclusivitate marinarii).

Pentru deservirea populaţiei rurale existau doar trei circumscripţii sanitare (Mahmudia, Chilia Veche şi una cu sediul în oraşul Sulina), care în afara dispensarelor de circumscripţie nu mai dispuneau de nici un alt fel de instituţie sanitară. Raza de activitate a acestor circumscripţii era de 60—80 km, iar numărul populaţiei pe o circumscripţie de asemenea depăşea posibilităţile de cuprindere ale medicilor acesteia (peste 15 000 de locuitori împrăştiaţi pe sute de km²).

Cadrele medicale şi sanitare medii erau rare; o parte din posturi rămîneau mereu vacante.

Aceste condiţii, alături de distanţele mari faţă de dispensare şi spital, precum şi numărul redus de paturi spitaliceşti făceau ca asistenţa medicală să fie, pentru populaţia Deltei, foarte greu accesibilă.

Chiar circumscripţiile care erau încadrate cu medici, din cauza insuficienţei numerice şi calitative a cadrelor medii, a distanţelor exagerate, a lipsei de instituţii sanitare bine organizate şi dotate, nu puteau face faţă multiplelor sarcini ce le reveneau. Aşa se explică de ce bilanţul demografic şi curbele morbidităţii erau chiar mai defavorabile decît în restul ţării. Mai cu seamă mortalitatea infantilă şi cea generală erau ridicate, iar malaria, tuberculoza, febra tifoidă şi alte boli făceau sute şi mii de victime anual.

Ocrotirea mamei şi a copilului nu constituia o preocupare. Naşterile erau neasistate aproape 100%.

Asistenţa de urgenţă era de asemenea inexistentă, pierzîndu-se din această cauză zeci de vieţi omeneşti care, în alte condiţii, puteau fi salvate.

În anii regimului de democrație populară, datorită grijii permanente a partidului și guvernului, situația s-a ameliorat simțitor.

Dezvoltarea unităților socialiste piscicole și încadrarea unei bune părți a populației pescărești în G.P.S. a creat premisele pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și de trai, precum și a rețelei de ocrotire a sănătății.

Una din primele preocupări ale Ministerului Sănătății a fost aceea a îmbunătățirii accesibilității asistenței medicale prin întărirea și extinderea rețelei de instituții și cadre medico-sanitare din Deltă.

Astfel, Spitalul din Tulcea a fost reparat și mărit de la 40 la 183 de paturi, de la 2 la 7 secții de specialitate.

Spitalul din Sulina, dărîmat în timpul războiului, a fost reconstruit și destinat deservirii, atît a marinarilor, cît și populației Deltei.

La Tulcea a mai luat ființă o policlinică de adulți și una de copii. După unificare au luat ființă 4 rețele de specialitate în cadrul Spitalului raional Tulcea, un sanepid raional iar ulterior o Stație de salvare.

Numărul circumscripțiilor sanitare a crescut de la 3 la 7 (fără Sulina-urban), reducîndu-se în felul acesta considerabil raza de acțiune (extreme: Chilia Veche 40 km, Ada Marinescu 10 km) precum și numărul populației pe o circumscripție (extreme: Murighiol 9 400 de locuitori, Sf. Gheorghe 1 700 de locuitori).

S-au creat instituții și unități sanitare noi, ca stații și puncte de malarie, case de naștere, puncte de sănătate sătești și de întreprindere, staționare de adulți, numeroase posturi de prim ajutor și puncte farmaceutice.

S-a mărit numărul medicilor și personalului sanitar mediu.

S-a îmbunătățit înzestrarea instituțiilor medicale cu mobilier, aparatură și medicamente.

Această rețea a permis ca accesibilitatea asistenței medicale pentru oamenii muncii din Deltă să fie simțitor îmbunătățită. Pescarul bolnav nu mai este nevoit azi să parcurgă 60—80 km, cu barca sau vaporul pînă la cel mai apropiat medic. Distanțele sînt mult mai reduse și, în bună parte, populația poate beneficia cel puțin de prim ajutor sau asistență premedicală.

În circumscripția Chilia Veche, de pildă, situată în partea de nord a Deltei, existau, în iulie 1954, pe lîngă un dispensar de circumscripție bine utilat și aprovizionat cu medicamente, un staționar de adulți cu 10 paturi și o casă de naștere cu 5 paturi, ambele bine organizate și eficiente, deservite de către medicul circumscripției și numeroasele cadre medii ale acesteia. În afară de acestea, pentru ocrotirea sănătății muncitorilor pescari din G.P.S. locală, există un dispensar (punct de sănătate) aparte, încadrat cu $^1/_2$ normă de medic și un oficiant sanitar, iar majoritatea punctelor pescărești (cherhanale) aveau organizate posturi de prim ajutor, deservite de activiști sanitari voluntari și dotate cu dulăpioare de medicamente. De asemenea era în curs de amenajare un dispensar rural de copii cu staționar la Chilia Veche.

Această rețea era suficientă pentru a asigura pentru mai mult de 75% din cei 6 500 de locuitori ai circumscripției (din care o bună parte sînt pescari) o asistență medicală accesibilă și calificată.

Situații organizatorice asemănătoare (dar nu tot atît de bune) am găsit și în circumscripțiile Crișan și Sf. Gheorghe, în ce privește deservirea centrului și localităților apropiate.

Ceea ce se resimte însă este lipsa unei asistenţe de specialitate mai accesibilă, îndeosebi a asistenţei chirurgicale şi stomatologice.

In această direcţie, ca o realizare demnă de subliniat, amintim organizarea brigăzilor de medici specialişti, care în anii trecuţi au examinat periodic populaţia pescărească din Deltă, dînd o serioasă contribuţie în depistarea şi tratarea a numeroşi bolnavi.

De asemenea acţiunea pentru combaterea malariei, începută în anul 1947/1948, a dat rezultatele aşteptate prin dezanofelizări şi asanarea rezervorului de parazit.

Ca urmare a dezvoltării reţelei de ocrotire a sănătăţii, a acţiunilor întreprinse şi a măsurilor luate de Ministerul Sănătăţii, pe de o parte, a îmbunătăţirii condiţiilor de muncă şi nivelului de trai, pe de altă parte, bilanţul demografic şi curbele morbidităţii au început să se modifice în sens favorabil.

Astfel curba natalităţii, mereu în descreştere în ultimii 20 de ani, s-a redresat, atingînd în anul 1953 proporţia de 32 de naşteri la mia de locuitori (pentru populaţia rurală a raionului Tulcea) în comparaţie cu 24‰ în 1938 şi 17,8‰ în 1945 (raportată la populaţia rurală a fostului judeţ Tulcea).

Pe aceeaşi linie, mortalitatea generală — staţionară sau chiar în uşoară creştere în ultimii cîţiva ani — a scăzut de la 20,5‰ în 1938 şi 18,9‰ în 1945, la 11,3‰ în 1953.

Excedentul natural, mic în 1938 (4,2‰), şi deficitar în 1945 (—1,10‰) a ajuns la 20,7‰ în 1953.

Dar cea mai expresivă este curba mortalităţii infantile, care numai din 1945 pînă în 1953 a scăzut de la 22% la 12,1%.

Morbiditatea generală a scăzut în 1953 cu 47% faţă de 1938.

Aceste cîteva cifre ilustrează eficienţa reţelei de ocrotire a sănătăţii, reorganizată în anii regimului de democraţie populară, care a dus la o diminuare a morbidităţii (datele citate se referă la întreg raionul sau fostul judeţ Tulcea, care include şi populaţia pescărească, deoarece date complete, separate pentru populaţia pescărească, nu se pot obţine, din cauza specificului mixt agro-piscicol al raionului şi al majorităţii localităţilor din Deltă).

Cu toate succesele obţinute în acest domeniu, au mai rămas încă o serie de probleme de morbiditate, care abia urmează să fie rezolvate.

Astfel, din analiza morbidităţii actuale prin cîteva afecţiuni mai frecvente vom remarca, spre exemplu, că boala reumatismală reprezintă o problemă foarte importantă, dînd cea mai ridicată morbiditate. Dacă ţinem seama că, la totalul morbidităţii generale, populaţia pescărească contribuie cu o proporţie de 48,2% din cazuri, vedem (şi cifrele confirmă acest lucru) că pescarii prezintă cel mai ridicat indice de morbiditate din această grupă nosologică.

Frecvenţa ridicată a acestor afecţiuni printre pescari se explică prin specificul lor de muncă, sub influenţa defavorabilă a umidităţii şi a altor factori bioclimatici.

Altă grupă de boli, în ordinea frecvenței lor printre pescari, o reprezintă afecțiunile tubului digestiv. Acestea se datoresc în mare măsură condițiilor speciale de mediu și de muncă, precum și alimentației pescarilor dintre care, fără îndoială, abuzul de condimente și alcool joacă un rol important. Faptul că indicele de morbiditate prin aceste afecțiuni la pescari este de 2,5 ori mai ridicat decît la muncitorii industriali (Sulina) și de aproape 7 ori mai mare decît la agricultorii din Deltă, confirmă această ipoteză (din datele furnizate de Ministerul Sănătății).

În ordine, afecțiunile oculare, mai ales conjunctivitele și blefaroconjunctivitele marchează o mai mare frecvență printre pescari, datorită factorilor de mediu și condițiilor de muncă (soarele puternic, nisipul din timpul verii etc.), microtraumatismele oculare și acțiunii iritante a catranului, des utilizat de pescari pentru smolirea bărcilor.

Tuberculoza de asemenea mai constituie o problemă ce urmează a fi rezolvată, cu toate că pescarii sînt cel mai puțin afectați. Un control în masă, făcut în anul 1951 în Deltă, a arătat că din totalul cazurilor depistate, procentul cel mai ridicat l-au dat casnicele cu 46,8%, apoi muncitorii din întreprinderi și agricultorii cu 28,1%, copiii cu 15,2% și abia la urmă pescarii cu 9,9%.

Frecvența redusă a tuberculozei printre pescari se datorește, fără îndoială, mediului și specificului de muncă (în aer liber, soare, colectivități mici și izolate) precum și alimentației bogate în proteine superioare (pește).

Febra tifoidă, după cum am mai arătat, continuă a se menține în stare endemică, ocupînd primul loc în morbiditatea prin boli transmisibile.

Se remarcă absența epidemiilor tifice masive cu caracter exploziv. Ea rămîne totuși o problemă de rezolvat, deoarece faptul că se îmbolnăvesc mulți și dintre cei ce nu consumă apă din Dunăre, trădează și alte surse și căi de răspîndire importante, în afară de apa Dunării, care în viitor vor trebui neutralizate.

Alte grupe de afecțiuni nu dau frecvențe care să îndreptățească o atenție specială.

În consecință, cu toate realizările însemnate de pînă acum, față de importanța și dezvoltarea acestui sector al economiei naționale, față de condițiile specifice ale mediului de viață și de muncă al pescarilor și față de necesitățile deservirii corecte cu asistență medico-sanitară a oamenilor muncii din această zonă a sectorului piscicol, au mai rămas probleme care nu și-au găsit încă o rezolvare deplină, ca urmare a unor deficiențe, în special de natură organizatorică.

Organizarea actuală și asigurarea unei asistențe medicale mai calificată și accesibilă prezintă încă numeroase lipsuri, ea rămînînd în urmă, nereușind să facă față cerințelor mereu în creștere ale populației.

Astfel, în vara anului 1954 mai existau încă posturi de medici de circumscripție (Murighiol, C. A. Rosetti, Ada Marinescu), precum și multe alte posturi de cadre medii, vacante de multă vreme. De pildă moașele, atît de necesare, sînt în număr insuficient (cu aproape 50% sub necesar). Există circumscripții întinse, cu localități îndepărtate la zeci de km de sediu sau de alte localități, care dispun doar de cîte o singură moașă pentru întreaga circumscripție (exemplu: Crișan și C. A. Rosetti cu, respectiv, 22 km și 15 km rază maximă de acțiune). Se înțelege că în aceste

circumscripţii asistenţa la naştere, în localităţile nereşedinţă de circumscripţie rămîne o problemă încă nerezolvată.

De asemenea, deşi se resimte lipsa unor cadre medii cu o calificare superioară, cu toate acestea, încă la mijlocul anului 1954, nu exista în toată Delta măcar un singur felcer.

O altă problemă importantă este aceea a deplasărilor personalului medico-sanitar pe teren.

Circumscripţiile sanitare rurale sînt lipsite de orice fel de mijloace proprii de transport. Din această cauză deplasările planificate pe teren (mai ales în localităţile şi colectivităţile mai îndepărtate) se fac numai excepţional, iar cele solicitate se fac cu mari întîrzieri, atît pentru bolnav, cît şi pentru medic şi în condiţii grele. Am avut ocazia să vedem cum medicul circumscripţiei Crişan, solicitat pentru un caz de urgenţă la Caraorman (14 km), a plecat abia după cîteva ore după chemare cu un vas pescăresc, pentru ca abia a doua zi să se poată întoarce la sediu.

Aceste elemente negative duc la diminuarea accesibilităţii sau chiar la lipsa totală a asistenţei medicale pentru locuitorii anumitor localităţi izolate din Deltă.

Greutatea asigurării măcar a unei asistenţe premedicale pentru colectivităţile izolate (prin organizarea de puncte sanitare deservite de cadre medii), constă şi în aceea că ele sînt mici (50—200 de oameni), numeroase şi îndepărtate unele de altele şi, deci, nu pot fi grupate în jurul unui punct de sănătate. Ce se poate face, de pildă, cu punctul pescăresc Matiţa, cu 76 de muncitori pescari, izolat în plină Deltă, la 25 km depărtare de cel mai apropiat medic (Chilia Veche), fără nici o altă cale de acces decît pe apă şi fără posibilităţi de semnalizare rapidă, în caz de accidente grave sau îmbolnăviri acute?

Ce se poate face cu cherhanaua Dranov (200 de pescari), în situaţie identică, dar aşezată la 40 km de sediul celei mai apropiate circumscripţii (Murighiol)?

Nici una, nici cealaltă, ca şi altele în aceeaşi situaţie, nu pot fi încadrate cu personal sanitar permanent din cauza normativelor în vigoare, care nu prevăd crearea în asemenea colectivităţi mici a unor puncte de sănătate, absolut necesare dacă avem în vedere condiţiile de trai şi de muncă cu totul speciale ale muncitorilor pescari din aceste colectivităţi.

Chiar şi primul ajutor este uneori insuficient asigurat, fie din cauză că personalul sanitar mediu al unor puncte de sănătate (Periprava, Mila 23) şi responsabilii majorităţii posturilor de prim ajutor create pe lîngă colectivităţile pescăreşti izolate, pe vase şi în localităţi mai mici, nu au o calificare care să le permită rezolvarea în condiţii satisfăcătoare a urgenţelor, fie că dotarea acestor formaţiuni sanitare cu materiale şi medicamente este insuficientă.

Din aceste motive, practic, nu se poate conta pe aportul majorităţii acestor „pioni avansaţi" ai organizaţiei sanitare a Deltei în rezolvarea unor cazuri mai serioase, tocmai în cele mai nevralgice puncte ale ei, cum sînt satele Periprava, Mila 23, Caraorman, Pardina şi mai ales punctele pescăreşti Dranov, Matiţa, Uzlina, Ciotică, Ivancea, Cîşla etc.

Telefoane nu există, decît în unele localităţi. Ele nici măcar nu pot fi instalate pe aceste întinderi de apă. Posibilităţi de deplasare pentru medic şi personalul mediu se găsesc anevoie. Dar chiar dacă ar exista, pentru cazurile grave şi urgente ele nu ar avea o eficienţă deplină, atît

timp cît cei de la punctele izolate nu dispun încă de posibilitatea de a semnaliza cu rapiditate aceste cazuri medicului, pentru ca el să se deplaseze de urgență spre a salva viața bolnavilor respectivi.

Iată deci două probleme specifice și importante pe care le ridică condițiile de mediu din Deltă și care ar fi de dorit să se rezolve în strînsă legătură una cu alta: problema semnalizării din punctele izolate și problema mijloacelor de transport.

Rezolvarea acestor probleme e o necesitate indiscutabilă, deoarece deplasarea bolnavilor la medicii de circumscripție se face cu multă greutate și întîrziere (cu barca sau mijloace de ocazie), ceea ce duce la agravarea bolii și la pierderea unui număr mai mare de zile de muncă. Aceasta numai în cazurile mai puțin grave, deoarece pentru boli acute, accidente, cazuri chirurgicale și, în general, pentru cazuri de specialitate, bolnavii trebuie să parcurgă uneori aproape 80 km pînă la Spitalul Tulcea sau Sulina.

Aceasta constituie însă miezul unei alte probleme pe care o ridică acest teritoriu, și anume aceea a apropierii asistenței medicale de specialitate.

În ce măsură constituie aceasta o problemă de mare importanță pentru populația Deltei, o demonstrează următoarele date ale Ministerului Sănătății, pe anul 1954, care în fond relevă doar un singur aspect al situației.

Complicațiile postoperatorii și mortalitatea postoperatorie prin abdomen acut — care ne arată în bună măsură starea și gravitatea cazurilor internate — la Spitalul din Tulcea sînt cu 140% și respectiv 200% mai crescute decît mediile din țară.

De asemenea, indicii de internare precoce, care ne indică timpul scurs de la îmbolnăvire pînă la internare, pentru cazurile de abdomen acut și pneumonie provenite din teritoriul raionului și internate la Spitalul din Tulcea, sînt cu 112% și 97% mai mari decît mediile pe țară. Aceasta înseamnă că la spitalul din Tulcea (care deservește și cea mai mare parte a Deltei) cazurile grave se internează cu mari întîrzieri, care apoi provoacă mai multe complicații și o mortalitate mai ridicată, toate acestea datorită, în cea mai mare parte, distanțelor mari și posibilităților reduse de transport.

În ce privește sistemul de a se încerca deservirea cu asistență medico-sanitară a muncitorilor pescari dintr-o G.P.S. printr-o instituție sanitară centrală proprie (cu medic și cadre medii proprii), care să cuprindă întreaga unitate de producție cu toate secțiile sale aflate la distanțe mari față de centru (cum s-a încercat și la G.A.S.-uri), acesta nici măcar nu comportă discuții.

El este practic, inoperant și ineficient, după cum s-a văzut și în cazul G.A.S.-urilor.

Altele trebuie să fie formele organizatorice și metodele capabile să asigure ocrotirea sănătății muncitorilor pescari.

Aceasta înseamnă că principiul actual (al deservirii centraliste pe întreaga unitate de producție) va trebui înlocuit cu principiul cel mai eficient în cazul de față, al deservirii fracționate, pe circumscripții teritoriale. Se înțelege că fiecare circumscripție sanitară, care are pe teritoriul ei astfel de colectivități socialiste pescărești, va deservi cu mai multă ușu-

rință muncitorii acestora decît o instituție centrală de G.P.S. care are zeci de asemenea colectivități, răspîndite pe teritoriul mai multor circumscripții și la distanțe ce depășesc posibilitățile ei de cuprindere.

În concluzie, cu toată dezvoltarea apreciabilă a rețelei de ocrotire a sănătății populației din Delta Dunării, cerințele mereu în creștere în ce privește deservirea cu asistență medicală calificată și specializată accesibilă, ridică problema generală a găsirii unor noi forme organizatorice sanitare, adaptate condițiilor speciale din Deltă, care să ridice ocrotirea sănătății populației pescărești la un nivel mai înalt și să corespundă profilului geofizic și social-economic al teritoriului.

Experiența sovietică nu poate fi adaptată decît în parte la condițiile noastre, deoarece specificul acestui sector de activitate în Uniunea Sovietică este destul de deosebit față de al nostru (mult mai dezvoltat, cuprinzînd teritorii cu mult mai vaste, cu o tehnică foarte avansată și o organizare mai complexă). De pildă, în zona Deltei Volgăi și a Mării Caspice se utilizează pe scară largă fabricile plutitoare care, în sezonul de pescuit, se deplasează cu întregul complex de fabricație la punctele îndepărtate de pescuit (în largul mării sau pe brațele Volgăi). Toate bazele fabricilor plutitoare sau de pe țărm sînt înzestrate cu puncte de sănătate medicale sau cu felcer, care au datoria de a dispensariza muncitorii pescari, de a supraveghea îndeaproape condițiile lor de cazare, alimentație și de muncă. În anumite puncte de trecere a vaselor, există posturi fixe de deparazitare și dezinfecție. Colectivitățile pescărești sînt cutreierate de băi plutitoare, care asigură în orice anotimp posibilitățile de îmbăiere pentru pescari.

„Noi tindem ca fiecare pescar, oriunde s-ar afla el, să poată beneficia de ajutorul personalului nostru" a declarat medicul-șef al secției sanitare din Astrahan.

Acest lucru se înfăptuiește deoarece, în afara punctelor de sănătate, în zonele piscicole pescarii pot beneficia, chiar la locul de muncă, de asistența de specialitate pe care o acordă medicii specialiști de pe vapoarele-policlinici, înzestrate cu toate cele necesare pentru aceasta (inclusiv cabinet radiologic, cabinet stomatologic, laborator etc.).

Un procedeu care a devenit regulă este vizitarea, de către medicul circumscripției în raza căruia domiciliază, a tuturor pescarilor înaintea plecării lor la punctele de pescuit. El notează starea sănătății pescarului, îi dă sfaturi și îi indică numele personalului sanitar la care va trebui să se prezinte la locul de muncă.

Datorită acestor condiții organizatorice și metode de lucru se poate spune pe drept cuvînt că „nu întîmplător au dispărut cu totul în punctele de pescuit... bolile infecțioase gastro-intestinale, cutanate etc. care înainte de revoluție constituiau flagelul pescarilor" (Menșikov).

La noi, după cum am văzut, situația este încă alta. În actuala etapă de dezvoltare, în condițiile specifice teritoriului nostru, obiectivele pe linie organizatorică sanitară sînt mai modeste, dar realizarea lor va trebui să o urmărim cu perseverență.

Din cercetările noastre a reieșit că actualmente cele mai importante obiective în legătură cu organizarea ocrotirii sănătății populației din Delta Dunării sînt următoarele:

1. Asigurarea permanenței și eficienței primului ajutor la locul de muncă și de trai.

2. Asigurarea pretutindeni a asistenței premedicale și îmbunătățirea accesibilității asistenței medicale calificate, prin circumscripțiile sanitare rurale.

3. Apropierea asistenței diferențiate, inclusiv a celei stomatologice, prin forme organizatorice adaptate specificului teritorial al Deltei.

4. Imbunătățirea aprovizionării cu medicamente a populației.

5. Ridicarea nivelului calitativ al asistenței medicale, premedicale și a primului ajutor.

In legătură cu atingerea acestor obiective semnalăm cîteva greutăți și lipsuri de care trebuie să se țină seamă la aplicarea măsurilor de îmbunătățire :

a) dispersarea populației în localități și colectivități mici și distanțate (aceasta ca o greutate obiectivă) ;

b) absența unor mijloace de semnalizare a cazurilor de îmbolnăviri acute și accidente grave din punctele pescărești izolate ;

c) lipsa mijloacelor rapide de transport și a altor mijloace de deplasare proprii pentru cadrele medico-sanitare ;

d) insuficiența numerică și calitativă a cadrelor, mai cu seamă a celor medii (moașe, surori, oficianți sanitari, felceri), atît față de normativ, cît mai ales față de necesar (subliniem absența totală a felcerilor) ;

e) depărtarea mare față de spitalele existente a unei bune părți a populației ;

f) insuficienta capacitate de spitalizare a anumitor instituții de specialitate (spitalul de copii și secția de contagioși a Spitalului Tulcea) precum și absența unei secții de contagioși la Spitalul Sulina ;

g) insuficiența cantitativă și pe sortimente a baremelor de medicamente de la punctele farmaceutice, precum și lipsa de farmacii, pe teritoriul Deltei (cu excepția orașelor Tulcea și Sulina) ;

h) lipsa unor condiții materiale și de muncă mai favorabile pentru personalul medico-sanitar care activează în condițiile de mediu deosebit de grele din Deltă (avantaje materiale, echipament de protecție, etc.).

Ținînd seama de condițiile speciale, de greutățile și lipsurile expuse, colectivul nostru, în baza studiului, observațiilor făcute precum și a sugestiilor primite pe teren : *propune* luarea următoarelor *măsuri organizatorice*, în vederea îmbunătățirii ocrotirii sănătății populației pescărești din Delta Dunării :

I. *Pentru asigurarea permanenței și eficienței primului ajutor la locul de muncă și de trai :*

1. Intărirea tuturor posturilor de prim ajutor existente, prin dotarea lor cu un barem de medicamente mai larg, cu asigurarea simultană a posibilităților de preocupare și reîmprospătare obligatorie a stocului de medicamente.

2. Organizarea posturilor de prim ajutor în toate cherhanalele, pe vasele pescărești și în centrele populate, care nu dispun încă de asemenea formațiuni.

3. Frecventarea obligatorie a cursurilor de prim ajutor și „sanminimum" de către toți cantaragiii de la cherhanale, conducătorii vaselor pescărești și unii activiști sanitari voluntari din centrele populate mici, care vor deveni responsabilii acestor posturi de prim ajutor.

4. Intensificarea muncii de educație sanitară și ținerea (în timpul iernii), de către personalul circumscripțiilor, a unor cursuri de autoajutor

și ajutor reciproc, pentru pescarii care activează în condiții mai grele de muncă (exemplu: vînătorii de sturioni).

5. Înființarea unor puncte de sănătate *sezoniere* în punctele pescărești mari și izolate (ca Dranov, Matița, Uzlina, Ciotică etc.), deservite de felceri proveniți de la nivelul raionului sau al regiunii, care au un stagiu suficient în spital (chirurgie, contagioase), prin rotație lunară, pe toată durata vîrfurilor de producție.

6. Găsirea unor mijloace adecvate de semnalizare rapidă a îmbolnăvirilor acute și accidentelor, pentru colectivitățile muncitorești izolate.

II. *Pentru îmbunătățirea accesibilității asistenței premedicale și medicale calificate:*

1. Reducerea razei de activitate și a numărului de populație pentru circumscripțiile Murighiol, Somova și Chilia Veche, prin crearea a cel puțin 2 circumscripții sanitare noi (exemplu: a) Mahmudia, prin scindarea circumscripției Murighiol și b) Ciatalchioi, din extremitățile circumscripțiilor Somova și Chilia Veche).

2. Întărirea circumscripțiilor sanitare rurale prin:

a) încadrarea cu medici tineri (cu rezistență fizică superioară) a tuturor circumscripțiilor vacante;

b) revizuirea schemelor-tip ale circumscripțiilor sanitare rurale din Deltă, în așa fel încît ele să ofere posibilitatea normării cadrelor medii, în funcție de numărul punctelor pescărești izolate, de distanța lor față de sediul circumscripției și de alte colectivități omenești, precum și de numărul populației;

c) asigurarea, pentru medici și personalul sanitar mediu din Deltă, a unor condiții materiale de muncă și de trai mai favorabile, în scopul încurajării și atragerii lor în această regiune, ca:

— prime speciale pentru muncă grea;

— reducerea stagiului în mediul rural;

— mijloace de transport proprii (pentru circumscripție) după specificul teritoriului: 1—2 bărci, șaretă cu cal etc.;

— echipament de protecție (salopetă, cizme de cauciuc, bocanci, pelerină de ploaie, pufoaică pentru iarnă, căciulă);

— posibilități de ridicare sistematică a nivelului profesional la locul de muncă precum și în instituții de specialitate.

III. *Pentru îmbunătățirea aprovizionării cu medicamente a populației:*

1. Înmulțirea numărului de puncte farmaceutice și îmbunătățirea baremelor lor de medicamente, atît cantitativ, cît și pe sortimente.

2. Crearea a cel puțin 2—3 farmacii noi pe teritoriul Deltei (exemplu: la Chilia Veche, Sf. Gheorghe și Murighiol).

IV. *Pentru apropierea și îmbunătățirea accesibilității asistenței medicale diferențiate:*

1. Întărirea serviciului de salvare raional cu o barcă cu motor rapidă, pentru a putea face față urgențelor, atît pe uscat, cît și pe apă.

2. Înființarea unei stații de aviație sanitară la Tulcea, care ar putea rezolva problema urgențelor în cea mai mare parte a Deltei.

Totodată s-ar crea posibilități de deplasare rapidă a cadrelor de specialitate pentru asistență la locul de muncă și de trai al pescarilor din cele mai îndepărtate colțuri ale Deltei, precum și pentru munca de îndrumare și sprijinire a cadrelor din teren în problemele tehnice.

3. În sfîrșit, ținînd seama de toate caracteristicile teritoriului, de dis-

tanţele mari între circumscripţiile sanitare şi spitalele de specialitate existente (la extremităţile Deltei), precum şi de dificultăţile ce se ivesc în găsirea unor metode practice de semnalizare a urgenţelor — paralel cu dificultăţile ridicate de căile şi mijloacele greoaie de acces — colectivul nostru consideră că, pentru apropierea asistenţei medicale diferenţiate de locul de muncă şi de trai al populaţiei pescăreşti, forma organizatorică cea mai adecvată condiţiilor locale este acea bazată pe *principiul deservirii cu asistenţă diferenţiată „în mănunchi"*.

Această formă organizatorică, inspirată din experienţa sovietică, a dat rezultate optime în sectoarele industriale cu caractere analoge sectorului piscicol (petrol, forestier, şantiere), mai ales în ce priveşte răspîndirea pe suprafeţe mari a locurilor de muncă.

Ea constă în organizarea unor spitale cu secţii de specialitate care să „înmănunchieze" în jurul lor un anumit număr de circumscripţii sanitare rurale mai apropiate, cu toate instituţiile şi unităţile de pe teritoriul lor (puncte de sănătate medicale sau cu felcer, case de naştere etc.), cărora să le servească drept *centre metodologice şi organizatorice*.

În acest sens se ridică necesitatea creării în Deltă, pe lîngă spitalele existente, a încă două spitale noi, cu secţii de specialitate obligatorii (interne, chirurgie, pediatrie, plus consultaţii stomatologice), plasate în punctele cele mai importante ale Deltei: Chilia Veche şi Murighiol sau Sf. Gheorghe (unde există de altfel şi posibilităţi pentru aceasta). În felul acesta, alături de celelalte centre de specialitate (Tulcea şi Sulina), întreaga suprafaţă a Deltei ar fi organizată pe patru mănunchiuri, deci sub îndrumarea metodico-organizatorică a patru centre de specialitate.

Această „încadrare" a teritoriului Deltei ar asigura o asistenţă de specialitate uşor accesibilă populaţiei din jur, precum şi bazele necesare pentru ridicarea neîncetată a calificării cadrelor medico-sanitare, ce activează în sectorul fiecărui mănunchi.

Considerăm că prin aplicarea formei organizatorice în mănunchi, precum şi prin realizarea celorlalte măsuri propuse, s-ar face un pas înainte pentru apărarea, păstrarea şi îmbunătăţirea neîncetată a sănătăţii muncitorilor pescari şi a tuturor oamenilor muncii din Delta Dunării, sector de o deosebită importanţă în economia naţională.

BIBLIOGRAFIE

Antipa Gr. — „Cercetările hidrobiologice în Romînia şi importanţa lor ştiinţifică şi economică". Discurs de recepţie în Academia Romînă, rostit în şedinţa solemnă din 25 mai 1912. Bucureşti 1912.

Frasin G. — „Monografia sanitară a Deltei Dunării". Manuscris 1952. Studiu nepublicat.

Grom. Leonida prof. şi *Olteanu M.* — „Cîteva probleme în legătură cu organizarea asistenţei medicale a muncitorilor din Gospodăriile agricole de stat". Revista de ocrotire a sănătăţii în R.P.R., 1953, nr. 6.

Menşikov M. — „Asistenţa medicală în timpul pescuitului de primăvară" articol din *Mediţinski Rabotnik*, 1953, nr. 38.

Petrescu Gh. Iona — „Le Delta maritime du Danube. Son évolution physico-géographique et les problèmes qui s'y posent". *An. scientifiques de l'Université de Jassy II.* Tom. XXXI, 1948.

Săvulescu Tr. — „Călăuza pentru excursii în Delta Dunării". Bucureşti.

Selia I. — „Delta Dunării din punctul de vedere al înlesnirii pescuitului". Publicaţiile Direcţiei pescăriilor, Bucureşti, 1901.

Некоторые вопросы в связи с улучшением медикосанитарного обслуживания рыбободческого сектора (Дельта Дуная).

Авторы, на основании исследований, проведенных в дельте Дуная в 1954 г., описывают условия среды (быта и работы) рыбаков. проживающих в этой области, настаивая, главным образом, на особенностях их работы в этом секторе народного хозяйства.

После краткого описания состояния медико-санитарной сети в прошлом, они указывают на успехи, осуществленные за годы народно-демократического строя в этой области, а также на ближайшие результаты, полученные в деле оздоровления паселения.

Подробно указываются трудности и недочёты, которые ещё существуют и мешают дальнейшему повышению уровня работы сети здравоохранения, обслуживающей рыбаков, проживающих в Дельте Дуная.

В заключение, авторы исходя из установленных недочетов и на основании изучения местных условий, предлагают применение мер и организационных форм, соответствующих этим условиям в целях улучшения срочной медицинской помощи, улучшения доступности квалифицированной медицинской помощи и приближения принципа „группировки", т. е. учреждения специализированных больниц, которыо должны быть организованы в главных центрах дельты Дуная и которые должны быть методическими и организационными центрами для определенного количества врачебных участков, расположенных вокруг этих больниц.

★

Quelques problèmes ayant trait à l'amélioration de l'assistance médico-sanitaire du secteur piscicole (dans le Delta du Danube)

En se basant sur leurs recherches personnelles effectuées dans le delta du Danube pendant l'année 1954, les auteurs décrivent les conditions du milieu (de vie et de travail) des pêcheurs de cette zone ; ils insistent tout particulièrement sur le caractère spécifique du travail dans ce secteur de l'économie nationale.

Après avoir fait une brève description de l'organisation du réseau médico-sanitaire dans le passé, l'auteur expose les réalisations obtenues dans ce domaine pendant ces dernières années, sous le régime de démocratie populaire, ainsi que les résultats immédiats obtenus dans l'amélioration de la santé de la population.

Les auteurs exposent en même temps, en détail, les difficultés et les déficiences qui persistent encore dans ce secteur de l'économie nationale, et qui empêchent l'amélioration de la protection de la santé de la population piscicole du Delta.

En conclusion, les auteurs — en partant des déficiences constatées et en se basant sur l'étude des conditions locales — proposent l'application de certaines mesures, ainsi que l'élaboration de certaines formes d'organisation, adéquates à ces conditions, ayant pour but d'améliorer l'assistance d'urgence, d'offrir à la population un accès plus facile à l'assistance médicale qualifiée et d'augmenter l'efficacité de l'assistance médicale de spécialité, en appliquant le principe d'assistance „en faisceau", c'est-à-dire en créant des hôpitaux de spécialité dans les points les plus importants du Delta. Ces hôpitaux pourraient servir comme centres méthodologiques et d'organisation pour un certain nombre de circonscriptions sanitaires, situées dans leur voisinage.

Coordonarea muncii profilactico-antiepidemice a medicilor de circumscripţie de către epidemiologul spitalului unificat de copii

Mircea Grumăzescu

Lucrare efectuată în cadrul Spitalului unificat de copii din Bacău

Reforma sanitară din 1 iulie 1951, prin care se unifică spitalele cu policlinica, circumscripţiile şi dispensarele de întreprindere, a avut ca scop îmbunătăţirea muncii de îngrijire a sănătăţii oamenilor muncii din ţara noastră.

O dată cu această reformă apar noi şi multiple instituţii sanitare, noi şi multiple cadre tehnice de specialitate, cărora li se dau spre îndrumare, coordonare şi control probleme ce fuseseră lăsate pe ultimul plan. Ca o consecinţă, apare medicul epidemiolog al spitalului unificat, acesta avînd sarcina de a coordona, controla şi îndruma munca profilactico-antiepidemică de pe teritoriul acestui spital.

La începutul reformei unificării, medicul epidemiolog apare normat în cadrul spitalului unificat de adulţi, ca în februarie 1952 să treacă la nivelul spitalului unificat de copii. Aceasta s-a bazat pe faptul că cel mai mare procentaj de boli transmisibile îl dau copiii (peste 70%) şi că cele mai multiple probleme de profilaxie se cer rezolvate în special în populaţia infantilă.

Chiar de la început s-a pus problema dacă medicul epidemiolog al spitalului unificat de copii va lucra numai în reţeaua sa, deci numai în problemele infantile, sau în toate reţelele, adică — după profilul organizatoric sanitar al oraşului Bacău — pe oraş.

Această problemă a fost rezolvată de sanepid în mod just, plecînd de la principiul că problemele epidemiologice nu pot fi privite decît în ansamblu, că nu pot fi rupte între ele, cunoscînd că aproape toate bolile transmisibile — cu unele excepţii — sînt comune copiilor şi adulţilor.

Al doilea principiu a fost faptul că lupta sanitaro-antiepidemică trebuie să constituie o activitate comună a tuturor reţelelor cu o strînsă şi permanentă colaborare între ele, activitate axată pe planul unic complex al sanepidului şi aplicată la specificul (potenţialul) epidemiologic al oraşului. Acest lucru se poate realiza numai de o conducere unică, de un organ de îndrumare, coordonare şi control, şi acest organ nu poate fi altul decît medicul epidemiolog — organ tehnic de specialitate — care are rolul principal de a menţine în permanenţă legătura directă între medicii de circumscripţie, contribuind în mod susţinut şi permanent la calificarea lor, sprijinindu-i din punct de vedere tehnic în lupta lor antiepidemică, în efectuarea măsurilor de prevenire şi combatere în condiţii optime.

În fine, singurul organ care poate realiza schimbul organizat de informaţii epidemiologice între reţele, menţinînd legătura strînsă şi permanentă între medicii de circumscripţie, nu poate fi altul decît medicul epidemiolog.

S-a pus şi problema axată pe principiul că, acolo unde lipseşte medicul epidemiolog (la spitalul de adulţi) această muncă să fie dusă de medicul director adjunct de policlinică. Acest lucru nu poate fi realizat decît superficial şi numai ca un oficiu de înregistrare de date, nelegate şi neverificate cu realitatea terenului, din următoarele motive: medicul ad-

junct de policlinică este depăşit de numeroasele sarcini ce le are de realizat, nu este cadru tehnic de specialitate, nu cunoaşte problemele de morbiditate prin boli transmisibile din teritoriu, nu are timpul material să studieze această morbiditate şi nici să cunoască şi să studieze condiţiile igienico-sanitare ale teritoriului. Ca urmare, nu poate îndruma şi conduce o muncă justă de profilaxie sau combatere, nu poate face un control efectiv pe teren.

Lipsind medicul epidemiolog la o reţea, lipseşte veriga de specialitate între reţele, lipseşte organul de legătură între reţele şi sanepid.

Iată pe scurt motivele ce au determinat ca în oraşul Bacău medicul epidemiolog să fie considerat — şi asta în mod just — de către sanepid şi Secţia sanitară regională, ca veriga unică de specialitate între reţele, sanepid şi organizaţiile de masă, el deţinînd toate problemele de profilaxie şi combatere a bolilor transmisibile din teritoriu.

Se pune o primă întrebare: Cum poate medicul epidemiolog să-şi ducă munca în cele două reţele de bază?

Dacă la început această muncă a mers greu, nu acelaşi lucru se întîmplă azi, după aproape 4 ani de activitate în acest domeniu. Nu vom enumera sarcinile ce le are de îndeplinit medicul epidemiolog. Acestea sînt cunoscute şi stipulate în Deciziile nr. 66 şi 77 din 1952. Voi arăta cum am dus această muncă, care a fost la fel de la unificare şi pînă astăzi.

Medicul epidemiolog fiind organul tehnic de specialitate, cunoscînd şi studiind permanent morbiditatea prin boli transmisibile şi condiţiile igienico-sanitare din teritoriu (deci potenţialul epidemiologic al teritoriului) îşi întocmeşte planul de muncă complex, anual, pe reţele, cu sarcini precise, pe date fixe, pe oameni, pe unităţi etc., axat pe planul sanepidului. Acest plan este difuzat în reţele prin prelucrare în faţa muncitorilor sanitari din toate reţelele. Anexat planului îşi întocmeşte straţa acestuia, pe baza căreia urmăreşte lunar, trimestrial şi anual cifrele din plan. Aceasta îi dă posibilitatea ca acolo unde observă o slabă eficienţă să intervină imediat pentru remediere.

Fazele de lucru ale epidemiologului sînt: spitalul, policlinica, cabinetele de întreprindere şi terenul.

El lucrează în spital în Secţia de boli contagioase în medie două ore pe zi, unde, pe lîngă faptul că-şi menţine în permanenţă nivelul profesional ridicat, are posibilitatea să cunoască zilnic mişcarea bolnavilor de boli transmisibile din teritoriu şi, informativ, din extrateritoriu, pe care îi trimite în aceeaşi zi medicilor de circumscripţie. Acest lucru îi permite să aibă informaţii imediate, să urmărească dacă internarea s-a făcut în primele ore de la depistare şi dacă se confirmă sau nu diagnosticul pus de medicii care au făcut internarea. Totodată are posibilitatea strîngerii primelor date importante de la bolnavi, pentru ancheta epidemiologică, care urmează apoi a fi reîntregită pe teren, la domiciliul bolnavului, în colectivitatea unde lucrează etc. Tot din secţia de boli contagioase epidemiologul ridică cărţile poştale de luare în evidenţă sau scoatere din evidenţă a bolilor transmisibile grupa A din teritoriu, pe care apoi le predă medicilor de circumscripţie, pentru ca aceştia să ia cunoştinţă de confirmarea sau infirmarea cazului, de internarea lui, de ieşirea lui din secţie, putînd astfel să-şi ducă munca în focar începînd din primele ore, să-şi urmărească imediat cazurile, contacţii etc., să întocmească ancheta epide-

miologică. Aceasta mai dă posibilitate epidemiologului de a realiza informaţia epidemiologică între reţele şi de a controla dacă aceste informaţii au avut aplicaţii practice în teren. În legătură cu ancheta epidemiologică, aceasta se întocmeşte împreună cu medicul de circumscripţie (în teren) în următoarele boli : febra tifoidă, poliomielita, tifosul exantematic, chiar dacă cazurile sînt sporadice. Acelaşi lucru e valabil pentru celelalte boli din grupa A, dacă se semnalează focare cu peste 5 cazuri.

În fine, epidemiologul întregeşte şi verifică toate anchetele epidemiologice care nu corespund sau sînt sumar întocmite. Exactitatea anchetelor epidemiologice constituie baza întocmirii fişelor A şi B, care sînt documentele de bază ale activităţii antiepidemice.

Cum se face întîlnirea cu medicii de circumscripţie? Medicul epidemiolog posedă, prin legătura permanentă cu direcţia spitalelor de copii şi adulţi, graficul de muncă al medicilor şi personalului mediu de teren.

Pînă la introducerea sistemului ciclic de muncă a medicilor de circumscripţie (1 octombrie 1954) întîlnirea se făcea la nivelul spitalului şi policlinicii. De la introducerea sistemului ciclic întîlnirea cu medicii de circumscripţie şi personalul lor mediu se face la nivelul policlinicii, dimineaţa şi după amiază.

Întîlnirea se mai face şi la nivelul terenului, cu ocazia controlului (prin sondaje) activităţii medicilor de circumscripţie, iar cu medicii de întreprindere la nivelul cabinetelor de întreprindere, atunci cînd e cazul.

Ca posibilităţi auxiliare de întîlnire cu medicii de circumscripţie şi întreprinderi, se mai utilizează şedinţele de referate ştiinţifice şi şedinţele S.S.M.-ului de la nivelul spitalelor.

Medicul epidemiolog face parte din colectivul de conducere a celor două reţele importante aşa că, bilunar, cu ocazia şedinţelor de sfat spitalicesc, el are posibilitatea de a expune condiţiile în care decurge munca profilactico-antiepidemică, semnalînd defectuozităţile constatate şi cerînd remedierea lor. Participă de asemenea la toate şedinţele de analiza muncii (lunare, trimestriale şi anuale) a celor două reţele, cu care ocazie are posibilitatea de a analiza în spirit critic şi autocritic munca dusă în perioada corespunzătoare, scoţînd în evidenţă realizările pozitive şi insistînd asupra remedierii lipsurilor, dînd soluţiile juste pentru aceasta.

Medicul epidemiolog, în afară de faptul că menţine permanent legătura cu sanepidul, asistă la şedinţele operative ale acestuia (luni dimineaţa), expunînd un scurt raport verbal asupra situaţiei epidemiologice din oraş, şi asistă lunar la şedinţele comisiei antiepidemiologice şi Comandamentului antiepidemic regional. El face parte de drept din Comandamentul antiepidemic orăşenesc în calitate de secretar, fiind animatorul şi îndrumătorul acestuia ; cu acest prilej antrenează în mod direct pe medicii de circumscripţie în munca lor, care trebuie dusă în strînsă legătură cu organizaţiile de masă.

Pentru o eficientă acţiune de control a activităţii medicilor de circumscripţie ca şi în scopul îmbunătăţirii continue a indicilor calitativi (de depistare, izolare şi raportare), medicul epidemiolog ţine legătura cu registratorul-şef de la fişierele celor două spitale, acesta punîndu-i la dispoziţie fişele de consultaţii individuale în care sînt codificate în ziua respectivă bolile transmisibile, de asemenea şi registrul de filtru de la nivelul policlinicii de copii. Aceasta dă posibilitatea informaţiei imediate şi urmăririi îmbunătăţirii celor trei indici de mai sus. O altă sursă de in-

formații în control o constituie conlucrarea cu farmaciile celor două policlinici, care pune la dispoziție rețetele eliberate de medici, cu diagnosticul de boli transmisibile. În fine, o altă sursă o constituie surorile școlare. Acestea au obligația ca zilnic să ia de la direcția școlii numele și adresa elevilor care absentează nemotivat două zile consecutiv, vizitîndu-i la domiciliu și înștiințînd pe medicul școlar sau cel de circumscripție de cele constatate, iar aceștia, în caz de boală, avînd obligația de a vizita elevul bolnav în primele ore de la primirea informației, la domiciliul său. Această activitate se verifică și prin rapoartele pe care le depun surorile școlare săptămînal (sîmbăta dimineață) la nivelul policlinicii de copii și în care se specifică numărul elevilor absenți, cîți din cei absenți au fost vizitați la domiciliu, diagnosticul pus de medic, iar în caz de boli transmisibile ce măsură s-a luat.

Schematic, munca de o zi a medicului epidemiolog ar fi: între orele 8—10 în secția de boli contagioase; 10—12 luare de contact cu medicii de circumscripție ce lucrează în tura de dimineață la nivelul policlinicilor; 12—14 teren; 14—15 întocmirea fișelor A și B; 17—19 întîlnire cu medicii de circumscripție ce lucrează în tura de după masă la nivelul policlinicilor; între orele 19 și 20 întocmire de fișe, operații în evidențele primare și alte lucrări de birou. Acest orar nu poate fi tipic zilnic, el variind uneori ca durată, în funcție de epidemii, situații neprevăzute, în orice caz în favoarea muncii de teren.

O a doua întrebare se pune: medicul epidemiolog își poate duce munca pe cele două rețele în cadrul celor 7 ore de muncă? Hotărît că nu.

În fine, o a treia întrebare: față de cele arătate în decursul celor 4 ani de muncă dusă pe linie profilactico-antiepidemică pe ambele rețele de un singur organ tehnic de specialitate, care au fost rezultatele? Pentru aceasta vom arăta comparativ ce am realizat în orașul Bacău în anii 1951—1954, comparativ cu anii 1947—1950:

1. Morbiditatea prin principalele boli transmisibile a scăzut cu 67,62%.
2. Mortalitatea prin boli transmisibile scade cu 44,94%.

Dacă adîncim și mai mult această analiză, observăm scăderi accentuate la: difterie, febră tifoidă, scarlatină, tifos exantematic:

Difteria scade cu 15,7% și, dacă calculăm aceasta pe anul 1954 comparativ cu anii 1952/1953, scade cu 91,7% în 1954.

Febra tifoidă scade cu 71,8%.

Scarlatina scade cu 66,2%.

Tifosul exantematic scade cu 97,0%.

Rezultate concludente s-au obținut și în ce privește indicii de depistare, izolare și raportare (conform tabelului din pag. 61).

Din cele arătate se constată că toți indicii au fost scăzuți la mai mult de jumătate, iar tendința și efortul de viitor este scăderea și mai accentuată a acestora.

În fine, rezultate bune s-au obținut și în acțiunea vaccinărilor. Aceasta a fost posibil datorită fazei pregătitoare prin educație sanitară susținută și executării lor la locul de muncă sau la domiciliu și la datele precise stipulate în plan. Noi am părăsit din 1950 atitudinea de a aștepta populația să vină la vaccinări și am găsit just să mergem noi la ea.

	1947 — 1950			1951 — 1954		
	Depist.	Izol.	Rap.	Depist.	Izol.	Rap.
Difteria	6	2	2	2,5	în aceeași zi	
Febra tifoidă	14	2,4	2	6,1	„ „ „	
Scarlatina	7	3	2	2,3	„ „ „	
Tifosul exantematic . .	11	1,5	1	4,0	„ „ „	
Rujeola	6	2	4	1,8	„ „ „	
Tusea convulsivă . . .	18	2	5	7,5	„ „ „	

Inainte de a încheia, vrem să arătăm că, începînd din octombrie 1954, dată la care s-a început experimentarea sistemului ciclic de muncă a medicilor de circumscripție în orașul Bacău, desfășurarea coordonării muncii medicilor de circumscripție de către medicul epidemiolog se face în condiții mai bune, munca pe teren se duce mai susținut, supravegherea focarelor se face mai intens și mai regulat, indicii de depistare înregistrează o îmbunătățire sensibilă, iar în ce privește indicele de depistare după loc (la domiciliu față de ambulator) acesta s-a îmbunătățit simțitor. Dacă pînă la aplicarea sistemului ciclic depistările în policlinică dădeau o proporție de 68—70%, după trecerea în sistemul ciclic de muncă aceasta s-a inversat, dînd cifra de 70—78% depistări la domiciliu și numai 22—30% în policlinică.

Nu putem spune că nu am avut și greutăți și lipsuri în muncă, și anume: nu s-a reușit încă a se influența în măsură suficientă condițiile igienico-sanitare ale mediului, în special starea de salubritate a orașului. Deși s-au organizat active sanitare de masă, acestea nu au fost suficient antrenate și nu au dat încă randamentul dorit; activitatea lor a fost sporadică și nesusținută. In fine, o cauză foarte importantă a constituit-o fluctuația de cadre medico-sanitare, uneori cu vacanțe de lungă durată.

Din cele expuse mai sus se desprind următoarele concluzii:

1. Coordonarea, îndrumarea și controlul muncii profilactico-antiepidemice a medicilor de circumscripție în orașul Bacău se face pe toate rețelele de un singur cadru tehnic de specialitate, medicul epidemiolog al Spitalului unificat de copii. Numai acest cadru are posibilitatea, din motivele arătate mai sus, să antreneze toate rețelele în această muncă și să constituie într-adevăr organul de legătură între spitalele unificate și rețeaua de specialitate — sanepid.

2. Deținerea acestor atribuții de către un singur cadru dă posibilitatea deținerii unei singure evidențe, științifică, reală și justă a terenului și a studiului permanent al potențialului epidemiologic al teritoriului, avînd drept consecință imediată planificarea și aplicarea măsurilor urgente și corecte pentru scăderea morbidității și mortalității prin bolile transmisibile, obiectivele de bază ale planului antiepidemic.

3. Pentru realizarea acestora, este necesar ca medicul epidemiolog al Spitalului unificat de copii să fie normat şi cu $^1/_2$ normă la nivelul Spitalului unificat de adulţi, întrucît, după cum am arătat mai sus, graficul lui de muncă depăşeşte cu mult, în condiţiile actuale, pe cel normal.

★

Координирование профилактической и противоэпидемической работы участковых врачей-врачем эпидемиологом объединенной детской больницы.

Автор указывает, что в городе Баку согласование, руководство и контроль профилактической и противоэпидемической работы участковых врачеи осуществляется — в рамках всей сети — врачём-эпидемиологом объединенной детской больницы, который является единственным руководящим техническим органом по специальности. Автор считает, что только этот врач-эпидемиолог имеет возможность включить все сети в этот род деятельность и что только этот медицинский работник действительно является органом для установления связи между объединенными больницами и специальной сетью-санэпидом.

Присвоение всех этих обязанностей одному лицу создает возможность создания системы единого правильного, действительного и научного учёта состояния на местах и постоянного изучения эпидемиологического потенциала соответствующей территории с соответствующими ближайшими последствиями: планирование и применение немедленных и правильных мероприятий для понижения заболеваемости и смертности, вызываемых траисмисивными болезнями, что является главной целью противоэпидемического плана.

Для осуществления этого, автор считает, что врач-эпидемиолог объединенной детской больницы должен совмещать также и полнормы в рамках объединенной больницы для взрослых.

★

La coordination de l'activité prophylactique et antiépidémique des médecins de circonscription, par de l'épidémiologue l'hôpital d'enfants unifie

L'auteur note dans cet article que, dans la ville de Bacău, la coordination, la direction et le contrôle de l'activité prophylactique et antiépidémique des médecins de circonscriptions s'effectue pour l'ensemble des réseaux par un seul tehnicien, à savoir par le médecin épidemiologue de l'hôpital d'enfants unifié. L'auteur estime que c'est ce spécialiste seul qui a la possibilité d'organiser tous les réseaux sanitaires dans un centre unifié et de constituer l'organe de liason entre les hôpitaux unifiés et le réseau de spécialité — le „Sanépide".

Le fait que ces attributions sont détenues par un seul spécialiste permet un contrôle scientifique, réel et exact du terrain; il permet également l'étude permanente de la situatin épidémiologique du territoire. Il en résulte, comme une conséquence immédiate, la planification et l'application des mesures immédiates et correctes, entraînant l'abaissement de la morbidé et de la mortalité dues aux maladies transmissibles, objectifs fondamentaux du plan antiépidemique.

En conclusion, l'auteur estime qu'il est nécessaire, pour la réalisation de ces objectifs, que le médecin épidémiologue de l'hôpital unifié d'enfants ait en plus une demi-norme d'activité, en tant que médecin à l'hôpital unifié d'audites.

Formele de muncă ale serviciului de anatomie patologică bazate pe orientarea anatomo-clinică

Conf. L. Wasserman

(Catedra de anatomie patologică a Institutului de medicină—Iaşi)

În cadrul spitalului unificat *serviciul de anatomie patologică (prosectura)* are ca sarcini de bază: *efectuarea examenelor macro- şi microscopice ale materialelor provenite de la necropsii şi biopsii, stabilirea diagnosticului şi cauzei morţii, stabilirea concordanţelor sau neconcordanţelor de diagnostic,* pentru ca, printr-o colaborare permanentă cu celelalte servicii ale unităţii curative, să se obţină *ameliorarea indicelui calitativ de muncă şi îmbogăţirea experienţei cadrelor medicale, în cadrul unor discuţii critice duse la un înalt nivel ştiinţific* (P. Pruteanu).

Organizarea serviciului de anatomie patologică şi realizarea acestor sarcini reclamă *cunoaşterea temeinică a bazelor teoretice şi o justă orientare a cadrelor de anatomopatologi, găsirea formelor concrete de muncă şi un larg schimb de experienţă* între unităţile de anatomie patologică din întreaga reţea pentru îmbunătăţirea continuă a activităţii.

Urmărind să dezvoltăm aceste probleme trebuie să remarcăm că deşi în U.R.S.S. s-a acumulat o bogată experienţă în acest domeniu, totuşi la noi s-a folosit prea puţin din această experienţă, iar condiţiile speciale în care s-au găsit anatomopatologii în ţara noastră pînă în ultimii ani, au făcut ca activitatea în această direcţie să fie foarte redusă. La această situaţie a contribuit şi lipsa de atenţie acordată în trecut acestei specialităţi, în care există o lipsă considerabilă de cadre de specialitate.

★

Discuţiile purtate în ultimii ani în U.R.S.S. cu privire la orientarea medicinei în lumina învăţăturii lui I. P. Pavlov au dus şi la restructurarea orientării în anatomia patologică, unde influenţa virchowistă a fost atît de puternică încît s-a simţit necesară „o revizuire creatoare şi într-un termen cît mai scurt" (A. I. Strukov).

Abandonînd concepţia „patologiei celulare", anatomia patologică sovietică a reluat tradiţiile progresiste ale medicinei ruse care prin Secenov, Polunin, Ostroumov, Botkin şi alţii a criticat concepţia idealistă a lui Virchow, opunîndu-i o orientare materialistă, în cadrul căreia pentru anatomia patologică metoda anatomo-clinică constituie unica cale justă, care lichidează orientarea spre cercetări rupte de viaţă, de practică, şi stabileşte preocupările ei, care devin dinamice şi strîns legate de fiziopatologie.

Societatea de anatomie patologică din Moscova, în Hotărîrea adoptată la 16 iunie 1950, a fixat principalele puncte ale orientării anotomiei patologice, începînd cu însuşirea concepţiei lui I. P. Pavlov şi aplicarea ei în anatomia patologică. Rezoluţia a subliniat necesitatea unui *„studiu larg şi multilateral al tuturor sistemelor* şi funcţiilor organismului în legătură cu influenţa mediului extern şi cu funcţia reglatoare a sistemului nervos".

Această sarcină nu poate fi realizată fără coroborarea permanentă a datelor necroptice cu datele clinice şi cele obţinute prin explorările fiziopatologice, pentru a permite stabilirea *bolii principale, bolilor concomiten-*

te și complicațiile survenite. Numai pe baza acestor date anatomopatologul poate să stabilească patogeneza și tanatogeneza.

Anatomia patologică, practicată timp îndelungat sub forma unei munci de inventariere a cadavrului, se transformă în prezent într-o știință vie, în care activitatea prosectorului este legată de munca clinicianului, pentru a contribui la lămurirea efectivă, de pe o poziție fizio-morfopatologică, a problemelor ridicate de clinică.

Fixarea acestor directive nu prezintă de fapt decît extinderea bogatei experiențe acumulate de anatomopatologii ruși și sovietici în decursul unor ani îndelungați de muncă.

Trebuie să reamintim că unul dintre acei care au luptat pentru a schimba felul de muncă a anatomopatologului, este acad. Aleksei Ivanovici Abrikosov, care încă în 1913 s-a ridicat împotriva metodelor utilizate în prosecturile din Germania, în care Abrikosov vedea *„pecetea pedantismului care nu numai că nu este folositor pentru dezvoltarea științei, dar este o adevărată piedică pentru valorificarea justă a materialului studiat"*.

Insistînd ca în întocmirea protocolului necroptic să se treacă descrierea modificărilor după sistemele naturale ale organismului, el dă indicații care traduc concepția sa despre unitatea organismului, și calea de urmat pentru a pune în centrul atenției boala, și nu procesul patologic.

În cadrul Catedrei de anatomie patologică de la primul institut de medicină din Moscova, A. I. Abrikosov a elaborat planul conferințelor anatomo-clinice, care de la faza experimentală și organizatorică au devenit în prezent o formă de muncă indispensabilă în cadrul instituțiilor medicale curative sovietice.

Importanța conferințelor anatomo-clinice în ceea ce privește valoarea lor științifică, posibilitățile de ridicare a nivelului profesional al personalului medical și creșterea indicelui calitativ al muncii unităților curative, au putut fi verificate în cursul Marelui Război pentru Apărarea Patriei.

Cu acest prilej, pe lîngă necropsierea obligatorie a tuturor bolnavilor și răniților morți în unitățile militare, s-a introdus drept regulă generală analiza materialelor necroptice la conferințele medicale ale spitalelor de evacuare. Discuțiile purtate la aceste conferințe anatomo-clinice au făcut ca ele să fie considerate *„ca o verigă obligatorie în sistemul Direcției militaro-sanitare și al spitalelor de evacuare ale Comisariatului Sănătății Poporului"* (A. I. Abrikosov).

În patria noastră există de asemenea o solidă tradiție în munca prosecturală legată de clinică, începînd cu N. Kreţulescu și C. Davilla, care au inițiat ședințe de prezentare a materialului prosectural în cadrul societății medicale științifice, întemeiată la București în 1857.

V. Babeș, care a pus bazele medicinei științifice, a desfășurat în domeniul anatomiei patologice o muncă uriașă în prosecturile din București, urmărind crearea unei solide legături între anatomia patologică și clinică.

În afara muncii prosecturale și de prelucrare a materialului necroptic, V. Babeș a creat „Societatea anatomică", care a realizat colaborarea clinicienilor și anatomopatologilor, în această societate discutîndu-se creator materialul clinic completat cu datele morfologice. Activînd în afara spitalelor, această societate a constituit totuși un for în care s-a imprimat un caracter anatomo-clinic analizei materialului.

Această activitate a fost continuată la Iași de către C. Bacaloglu,

care a creat Societatea anatomo-clinică, în care datele morfologice, împreună cu tabloul clinic, au fost folosite în analiza diagnosticului evoluției și cauzelor neconcordanțelor anatomo-clinice.

★

Munca anatomo-clinică necesită colaborarea permanentă a clinicii cu serviciul de anatomie patologică.

Pentru clinicieni, problema participării active la ședințe anatomo-clinice, nu prezintă în general dificultăți, deoarece ei vin cu experiența clinică, care este adîncită prin însăși profilarea clinicianului. Lucrînd într-un singur domeniu al medicinei (boli interne, chirurgicale, pediatrie) și adeseori profilați și în una din ramuri (cardiologie, gastro-enterologie, hematologie etc.), clinicienii sînt avantajați de adîncirea problemelor în care posedă materialul bine pus la punct și completat cu ultimele date.

Pentru anatomopatolog situația este mai dificilă. El trebuie să rezolve cazuri din toate specialitățile, iar în etapa actuală există prea puține cadre profilate într-o anumită ramură a anatomiei patologice.

În măsura în care normativele ar da posibilitatea unei mai bune încadrări cu personal a serviciului de anatomie patologică, permițînd repartizarea de anatomopatologi pe secții (medicină internă, chirurgie etc.), se va putea ajunge la o profilare a anatomopatologului, cum de altfel există profilare și în serviciile de radiologie și laborator clinic afectate diverselor secții în cadrul unităților mari spitalicești. Numai o asemenea profilare poate asigura preocupări permanente ale anatomopatologului pentru însușirea specialității secției respective, ceea ce poate asigura, atît un nivel ridicat al muncii, cît și posibilitatea prelucrării științifice a materialului prosectural.

Ținînd seamă că anatomopatologul este pus în fața celor mai felurite probleme ridicate de clinică și teren, că trebuie să facă sinteza datelor clinice și necroptice pentru a trage concluzii asupra cauzei morții, concordanței sau neconcordanței de diagnostic și justeței tratamentului aplicat, reiese că trebuie să aibă o pregătire corespunzătoare sarcinilor sale. In afară de cunoașterea temeinică a anatomiei patologice, prosectorul trebuie să posede bine o serie de alte specialități, printre care primul loc trebuie să-l ocupe fiziopatologia.

Aceste cunoștințe sînt indispensabile în aprecierea tulburărilor funcționale din orice boală, pentru stabilirea corelației dintre capacitatea funcțională și întinderea procesului lezional, a legăturii dintre diversele procese morfo-funcționale și pentru rezolvarea problemei tanatogenezei.

In sfîrșit, anatomopatologul trebuie să aibă o suficientă pregătire clinică. Stagiul de spital, în condițiile învățămîntului medical, nu este suficient pentru a acoperi toate nevoile ulterioare ale anatomopatologului. Imbinarea activității de prosectură cu cea de clinică ar putea remedia această lacună, deși experiența arată că în cursul acestei activități se produce evadarea cadrelor spre activitatea de clinică, abandonînd specializarea în anatomia patologică.

★

Aspectele analizate mai sus au fost necesare pentru a putea discuta formele concrete de muncă bazate pe orientarea anatomo-clinică. Problema pregătirii cadrelor, deficiențele unei rețele de prosectură inexistentă la ni-

velul spitalelor rurale, a raionului, foarte incompletă la nivelul regiunii, funcționînd încă în condiții deficitare în centrele cu Institute de medicină, sînt condițiile obiective, care arată că traducerea în viață a orientării anatomo-clinice trebuie adaptată realităților existente în prezent la noi.

O condiție esențială pentru început privește desfășurarea unei activități optime a serviciului de prosectură, care asigurînd nevoile unităților pe care le deservește să poată, în prima etapă, cîștiga colaborarea clinicienilor.

Recentul regulament de funcționare a serviciilor de anatomie patologică din spitalele unificate definește și trasează sarcinile ce revin acestui serviciu. Trebuie remarcat că acest regulament, neținînd seamă de situația reală de pe teren, fixează unele sarcini irealizabile cu personalul și inventarul existent (cercetări complementare: bacteriologice, biochimice, experimentale — art. 6 d).

Pe de altă parte, regulamentul nu se ocupă de aprecierea activității serviciului de prosectură, omițînd fixarea indicilor de eficiență, singurul criteriu obiectiv pe baza căruia s-ar putea aprecia dacă un serviciu acoperă într-adevăr nevoile unității sau teritoriului deservit.

V. L. Deriabina, expunînd indicii calitativi ai prosecturii, meniți să oglindească activitatea serviciului și felul în care el contribuie la îmbunătățirea muncii clinice (terapie, diagnostic, creșterea calificării medicilor), arată că nu s-a acordat atenția cuvenită acestei probleme, lucrarea menționată fiind, se pare, prima în acest domeniu.

V. L. Deriabina fixează următorii indici ai unui serviciu de prosectură:

1. Efectuarea necropsiilor: $\frac{\text{nr. necropsiilor} \times 100}{\text{nr. decedaților}}$

2. Indicele de neconcordanță a diagnosticului anatomopatologic cu diagnosticul clinic: $\frac{\text{nr. de neconcordanțe} \times 100}{\text{nr. de cazuri necropsiate}}$

3. Indicele de prelucrare histopatologică a materialului necropsiat:

$$\frac{\text{nr. de necropsii cercetate histologic} \times 100}{\text{nr. de cazuri necropsiate}}$$

4. Indicele examenelor microscopice ale biopsiilor și pieselor operatorii: *A.* $\frac{\text{nr. de examene extemporanee} \times 100}{\text{nr. total de biopsii urgente}}$

B. $\frac{\text{nr. de examene histologice efectuate în 1—2, 3—5 zile}}{\text{nr. total de examene histologice efectuate}}$

C. $\frac{\text{nr. de coincidențe ale diagnosticelor histologice pre- și postoperatorii} \times 100}{\text{nr. total de examene histologice la care s-a efectuat biopsia}}$

5. Frecvența cercetărilor speciale (bacteriologice, serologice, chimice etc): $\frac{\text{nr. cercetărilor speciale} \times 100}{\text{nr. de necropsii anatomopatologice}}$

6. Indicele cazurilor neclarificate de anatomopatolog:

$$\frac{\text{nr. cazurilor neclarificate} \times 100}{\text{nr. total de necropsii}}$$

7. Orientarea și munca conferințelor anatomo-clinice.
8. Organizarea statisticii și documentării.
9. Organizarea colecției de macroscopie și microscopie.
10. Organizarea muncii de cercetare științifică.

11. Pregătirea și perfecționarea medicilor. Pregătirea laboranților histologi.

Indicii propuși de V. L. Deriabina presupun unificarea muncii și terminologiei din serviciile de prosectură, pentru a permite apoi stabilirea indicilor generali pe oraș, raion, regiune, republici unionale etc.

★

Presupunînd că toate aceste probleme ar trece în faza de organizare și mai ales de aplicare, s-ar putea fixa forme concrete de desfășurare a muncii anatomo-clinice în cadrul spitalului unificat și în conferințele anatomo-clinice.

Pe baza experienței cîștigate credem că s-ar putea iniția următoarele forme de muncă :

I. *Spitalul unificat raional fără serviciu de anatomie patologică*

Pentru această eventualitate, cea mai frecventă, vom da un exemplu concret. În spitalul unificat Vaslui, medicul internist (dr. Pasternak) posedă cunoștințe importante de anatomie patologică macroscopică și posibilitățile de lectură a preparatelor microscopice. Spitalul are sală de prosectură și un autopsier, dar nu are utilaj și personal pentru microscopie. Se efectuează un număr important de necropsii în orele în care în spital se găsesc și medicii consultanți, care participă la necropsie.

Medicul curant (șeful secției, secundar, consultant) expune cazul clinic, cu evoluția diagnosticului de la policlinică la staționar, tratamentul aplicat, problemele nelămurite în serviciu. Se prezintă toate datele de laborator (hematologie, bacteriologie, biochimie, probe funcționale) și se discută criteriile pe baza cărora s-a pus diagnosticul.

Pe baza datelor expuse și a discuțiilor purtate, se fixează punctele care ar trebui lămurite prin examenul necroptic. După efectuarea necropsiei se discută modificările constatate și se trag unele concluzii.

În această formă de muncă nu pot fi rezolvate însă decît o parte din cazuri, deoarece frecvent clinicienii ridică problema verificării microscopice a constatărilor macroscopice. În plus, există cazuri în care modificările macroscopice nu sînt suficient de evidente pentru a permite, în condițiile acestui spital, un diagnostic macroscopic precis.

Pentru a completa această formă de muncă, în urma colaborării dintre acest spital și Catedra de anatomie patologică din Iași, se expediază catedrei fragmente fixate din organele care necesită un examen microscopic, împreună cu datele clinice. După efectuarea examenelor microscopice se trimit spitalului protocoalele rezultatelor, care sînt expuse medicilor, reluîndu-se discuția.

O formă mai bună de colaborare o constituie trimiterea preparatelor microscopice efectuate la laboratorul catedrei, însoțite de o descriere detaliată, ceea ce permite apoi demonstrarea preparatelor în laboratorul spitalului. În felul acesta colectivul medical capătă un sprijin în munca de ridicare a nivelului profesional.

Adăugînd faptul că la catedra de anatomie patologică se efectuează pentru acest spital examenul pieselor biopsice și operatorii, se poate considera că în acest fel s-ar putea sprijini unitățile raionale fără serviciu de

anatomie patologică, în perioada de tranziție, pînă la dotarea acestor spitale cu cadrele necesare.

Pentru o activitate continuă este necesar ca unul din medici, și este de preferat un internist care poate îmbrățișa mai multe domenii și care are timpul necesar, să fie încurajat în această muncă prin acordarea unei $^1/_2$ de normă de prosector și trimiterea în schimb de experiență (30—90 de zile) la Catedra de anatomie patologică, cu care prilej va lucra la catedră și prosectura principală. In acest fel se poate crea *punctul de prosectură*.

De asemenea ar fi necesar ca de la catedră să se deplaseze periodic, în raport cu cazurile ivite în spitalul raional, cîte un cadru calificat, care să efectueze în condițiile menționate o necropsie model.

Tot la nivelul spitalului raional, cu participarea medicilor din spitalele rurale, s-ar putea organiza trimestrial ședințe anatomo-clinice, în care medicii serviciului din care provin cazurile, împreună cu un delegat al catedrei, să prezinte un număr de 4—5 cazuri studiate din punct de vedere anatomo-clinic, cu care prilej, pentru a mări posibilitățile de instruire, să se demonstreze preparate macro- și microscopice și, spre comparare, iconografia unor cazuri similare.

Experiența cîștigată ne face să sugerăm ca formă de muncă cu caracter permanent pentru spitalele raionale fără serviciu de prosectură organizată, colaborarea cu catedra de specialitate sau cu un serviciu de anatomie patologică cu activitate consolidată, utilizînd cele 3 metode preconizate:

1. Trimiterea către spitalul raional a protocoalelor examenelor pieselor biologice și necroptice.

2. Trimiterea protocoalelor și a preparatelor microscopice.

3. Organizarea periodică de ședințe anatomo-clinice cu participarea medicilor din spitalele raionale.

Consolidarea acestei munci se va face prin alegerea unor cazuri interesante, care vor căpăta forma de publicare pentru una din revistele de specialitate sau cu caracter general. In revistele sovietice apar cu regularitate asemenea articole în extenso sau autoreferate. Din multe se degajează caracterul anatomo-clinic al observațiilor și sprijinul acordat de institutele de cercetări cadrelor din rețea. Datorită acestui sprijin, cadrele din rețea sînt încurajate și canalizate spre munca științifică, care se reflectă apoi în activitatea spitalicească.

II. *Spitalul unificat cu serviciu de anatomie patologică în stare de funcționare*

In spitalele raionale și regionale, în care serviciul de anatomie patologică se află în stare de funcționare, fiind dotat cu aparatura și personalul necesar, forma de muncă expusă mai înainte poate duce la rezultate remarcabile.

Alegerea cazurilor care vor forma obiectul analizei anatomo-clinice în sala de necropsie trebuie făcută în colaborare cu șeful secției respective, ținîndu-se seama că în condițiile de muncă create în cadrul spitalului unificat au fost aduși în staționar medici rupți de practica de spital.

Pentru aceștia trebuie pornit de la prezentarea aproape didactică a materialului, experiența dovedind că în felul acesta ei ajung să fie atrași în sala de prosectură.

În programarea acestor necropsii trebuie ţinut seama şi de factorul timp, deoarece în cadrul muncii planificate din spitalul unificat, participarea unui număr mai mare de medici la o şedinţă necroptică, de cel puţin 2 ore, poate stînjeni munca curativă. Făcute la oarecare interval de timp, aceste şedinţe vor fi frecventate şi îşi vor atinge scopul.

După efectuarea necropsiei, în cursul căreia se vor utiliza metode adjuvante chimice şi bacteriologice, anatomopatologul, împreună cu şeful secţiei, vor trage concluziile analizînd, cînd este cazul, cauzele neconcordanţei de diagnostic.

Prezenţa în sala de necropsie a radiologului este absolut necesară, deoarece în multe cazuri interpretarea examenului radiologic nu corespunde cu constatările necroptice.

O deosebită importanţă trebuie acordată punerii în evidenţă a proceselor patologice survenite în ultimele zile de boală cînd, în cazurile socotite fatale, se ivesc o serie de complicaţii care uneori grăbesc, alteori provoacă moartea.

Afecţiuni care în prezent se întîlnesc rar în sala de necropsie (pneumonii lobare, bronhopneumonii întinse etc.) pot fi găsite tocmai datorită examenului clinic insuficient din zilele ce preced moartea individului şi anatomopatologul poate în aceste cazuri să ajute clinicianului în schimbarea unor atitudini greşite.

O parte din aceste cazuri necesită examene complementare ulterioare (histopatologice, bacteriologice, histochimice) pentru lămurirea completă a problemelor ridicate de discuţia cazurilor. Aceste rezultate pot fi prezentate colectivului, în cadrul şedinţelor de referate ale secţiilor sau serviciilor.

În spitalele cu activitate prosecturală mai bogată se pot iniţia şedinţe anatomo-clinice, alternînd cu şedinţele de referate.

O asemenea şedinţă, deşi făcută în cadrul spitalului, trebuie pregătită cu foarte mare atenţie, pe baza materialului scris, revizuit de către medicul-şef de secţie şi anatomopatolog.

În ordinea de zi pot figura 2, maximum 3 prezentări, la care medicul curant expune datele clinice, diagnosticul de policlinică şi staţionar, evoluţia, tratamentul aplicat şi formulează cauza morţii. Întreaga expunere nu trebuie să dureze mai mult de 10—15 minute. În continuare, anatomopatologul formulează observaţiile sau rezervele pe care le-a făcut înainte de începerea necropsiei şi apoi expune rezultatele necropsiei, prezentînd şi piesele macro- şi microscopice.

Pe baza acestor date trage concluzii asupra cauzelor morţii şi prezintă interpretarea fiziopatologică, înlănţuind succesiunea proceselor şi accentuînd asupra verigilor principale.

Se va evita incursiunea în date clasice de patologie şi se va evita transformarea prezentării anatomo-clinice într-o expunere teoretică.

Discuţiile care vor urma vor trebui canalizate spre concluzii de ordin practic, din care să reiasă învăţăminte pentru cei prezenţi. Numai acest mod de lucru permite aprecierea ştiinţifică a deficienţelor muncii curative,

permiţînd înlăturarea lipsurilor care au rezultat din prezentarea concretă a materialelor.

Această formă de muncă nu a ajuns însă să constituie o activitate permanentă a spitalelor unificate cu servicii de anatomie patologică. În lipsa filialelor institutului de anatomie patologică „V. Babeş", catedrelor de anatomie patologică le revine sarcina de a organiza şi îndruma permanent această muncă.

III. *Activitatea anatomo-clinică la nivelul clinicilor de învăţămînt medical*

În condiţiile de muncă ale clinicilor, materialul foarte variat şi posibilităţile de investigaţie mai mari pot permite transformarea unei necropsii într-o şedinţă de lucru dintre cele mai fructuoase.

Pe baza experienţei cîştigate la Catedra de anatomie patologică din Iaşi, în prezent s-a ajuns la următoarea desfăşurare a unei juste colaborări dintre clinică şi anatomia patologică :

1. La ora fixată pentru necropsie se adună personalul medical al clinicii (corp didactic, medicii din reţea, studenţii stagiari ai semestrului 11—12). Adeseori asistentul aduce întreaga grupă de studenţi stagiari la necropsie, ceeace s-a dovedit util şi apreciat de studenţi.

2. Şedinţa începe cu expunerea observaţiei clinice şi a datelor de laborator. În timp ce medicul de salon (asistent, medic secundar, consultant, stagiar), expune observaţia, anatomopatologul notează pe tablă datele esenţiale, examenele de laborator efectuate, şi schiţează organele afectate cu întinderea presupusă a leziunilor. După aceasta se discută diagnosticul, cu scopul de a adînci unele aspecte clinice, bioumorale şi radiologice, asupra cărora există ezitări sau divergenţe.

Pe baza acestor date anatomopatologul rezumă leziunile ce urmează a fi verificate, lanţul de succesiune al proceselor fizio-morfopatologice şi cauza morţii, aşa cum a fost formulată de clinică.

Aceasta este partea cea mai dificilă a şedinţei, pe de o parte, prin supoziţiile avansate de anatomopatolog şi, pe de altă parte, pentru că adeseori clinicienii ar înclina spre o simplă muncă de inventariere a leziunilor pe care le prezintă cadavrul.

Cu experienţa cîştigată putem afirma că pînă la urmă clinicienii acceptă noua formă de muncă, singura capabilă să asigure analiza ştiinţifică a activităţii desfăşurate în cursul asistenţei medicale.

3. După efectuarea examenului necroptic, în care timp se efectuează şi examenele complementare (uneori şi examenul extemporaneu) se trece la rediscutarea cazului. Cu acest prilej se ating următoarele puncte :

a) expunerea principalelor leziuni găsite, bilanţul proceselor patologice din boala existentă ;

b) expunerea leziunilor concominente sau a bolilor concomitente constatate la necropsie ;

c) formularea diagnosticului anatomopatologic ;

d) analiza complicaţiilor ivite ;

e) stabilirea cauzei morţii (tanatogeneza) ;

f) stabilirea concordanţei sau neconcordanţei dintre diagnosticul anatomopatologic şi cel clinic ;

g) analiza cauzelor care au dus la neconcordanţa dintre diagnosticul anatomopatologic şi cel clinic.

Aceste şedinţe anatomo-clinice, desfăşurate în sala de necropsie, antrenează la discuţii un număr mare de participanţi, care aduc o contribuţie importantă la clarificarea problemelor puse.

Experienţa cîştigată a permis ca şedinţele anatomo-clinice programate pentru studenţii semestrului 11 şi 12 să se desfăşoare după acest model, iar rezultatele obţinute au fost pozitiv apreciate cu prilejul lucrărilor Sesiunii lărgite a Secţiunii de ştiinţe medicale a Academiei R.P.R., din 18—20 decembrie 1952. Aceste şedinţe „creează posibilitatea pentru studenţi de a adînci cunoaşterea mecanismelor de apariţie şi dezvoltare a bolilor, pe baze ştiinţifice" (Gr. Benetato).

★

Catedra de anatomie patologică din Iaşi a iniţiat şi altă formă de muncă pentru şedinţele anatomo-clinice.

In cadrul şedinţelor de analiza muncii pe secţii (spitalul de adulţi, reţeaua de medicină internă) care au loc lunar, s-a rezervat, la unele şedinţe, o parte din ordinea de zi prezentării şi discutării unor cazuri mai importante, ivite în cursul lunei respective.

După expunerea sumară a foii de observaţie de către medicul serviciului, anatomopatologul a prezentat materialul macroscopic şi microscopic, discutînd cauzele neconcordanţei de diagnostic. Participarea la discuţii a fost bună. Cum majoritatea participanţilor cunosc cazurile din clinică, asemenea şedinţe îmbracă un caracter de şedinţă de analiză a muncii, în care toţi participanţii au de învăţat. Şedinţele sînt extrem de instructive şi pentru personalul de la Catedra şi serviciul de anatomie patologică, deoarece îi oferă posibilitatea să constate în permanenţă că anatomia patologică, ruptă de clinică, devine statică, fără perspective.

Şedinţele de analiza muncii pe secţii accentuează asupra laturilor organizatorico-administrative. Prezentarea materialului anatomo-clinic la aceste şedinţe le va îmbogăţi şi colora activitatea, dîndu-le adevăratul lor conţinut.

★

Din expunerea făcută s-a căutat să se demonstreze că formele de traducere în viaţă a orientării anatomo-clinice atîrnă de soliditatea reţelei de anatomie patologică.

Or, una din formele superioare de lucru, şi anume, conferinţele anatomo-clinice, nu poate avea în prezent o activitate corespunzătoare, tocmai din cauza deficienţelor acestei reţele.

După A. N. Şabanov, conferinţele anatomo-clinice, care trebuie să se desfăşoare la un înalt nivel ştiinţific, au drept scop ridicarea calificării medicilor, scăderea indicelui greşelilor de diagnostic şi îmbunătăţirea muncii curative şi ştiinţifice.

Aceste conferinţe anatomo-clinice trebuie să cuprindă studiul teoretic şi practic al materialului bioptic, operator şi necroptic, analiza foilor de observaţie şi a protocoalelor de necropsie, demonstrarea preparatelor, analiza greşelilor de diagnostic din policlinică, staţionar şi serviciul de anatomie patologică. In clarificarea lipsurilor constatate trebuie analizate posibilităţile unei spitalizări tardive, deficienţele în redactarea foii de observaţie, insuficienţa examenelor radiologice sau laboratorului de analize şi deficienţele care revin serviciului de anatomie patologică.

Asemenea conferinţe anatomo-clinice pot avea un caracter local — pe spital sau grupe de spitale, în care caz ele se desfăşoară lunar sau la 2 luni, sau pe oraş, o dată sau de două ori pe an. Se pot iniţia şi conferinţe raionale, interraionale sau regionale.

Este bine ca ele să se facă pe profiluri (boli interne, chirurgie etc.). Organizarea lor se face de către directorul sau directorul-adjunct medical de spital, care desemnează un medic ca secretar permanent şi care are sarcina de a redacta protocoalele conferinţelor şi de a ţine evidenţa activităţii. Anunţate din timp în ceea ce priveşte data şi ordinea de zi, conferinţele anatomo-clinice joacă un rol important în ridicarea nivelului profesional al personalului medical.

In etapa actuală, printr-o strînsă colaborare dintre Institutul de anatomie patologică „Victor Babeş", catedrele de anatomie patologică şi Societatea ştiinţelor medicale ar trebui iniţiate conferinţele interregionale, care ar putea sluji ca model pentru desfăşurarea activităţii anatomo-clinice în fiecare unitate în parte, ceea ce ar contribui, indiscutabil, la ridicarea nivelului profesional al reţelei curative.

BIBLIOGRAFIE

Abrikosov A. I. — Anatomia patologică în U.R.S.S. în decurs de 30 de ani (1917—1947), *Arhiv patologhii,* 1947, nr. 6.

Abrikosov A. I. — Tehnica autopsiilor anatomopatologice. Editura de Stat, 1951.

Babeş V. — Raport asupra autopsiilor celor mai importante, făcute în spitalele civile în cursul anilor 1889—1890. Victor Babeş, Pagini alese. Edit. de Stat, 1954.

Benetato Gr. — Invăţătura lui I. P. Pavlov şi aplicarea ei în practica medicală. Lucrările sesiunii lărgite a secţiei de ştiinţe medicale. Edit. Acad. R.P.R. 1953, pag. 106.

Davîdovski I. V. — Dare de seamă asupra conferinţelor anatomo-clinice ale serviciului de anatomie patologică al spitalului „Medsantrud" şi ale Catedrei de anatomie patologică a Institutului de medicină „I. V. Stalin", *Arhiv patologhii,* 1953, nr. 1, pag. 71—82.

Dereabina V. L. — Indicele calitativ al activităţii serviciului de anatomie patologică, *Sovetskoe zdravoohranenie,* 1950, nr. 2.

Iliescu Florica — Organizarea prosecturii în U.R.S.S., *Medicina romînă,* 1948, nr. 18, 15 septembrie.

Popa Rubin — Rolul serviciilor de prosectură în cadrul spitalului unificat. *Muncitorul sanitar,* 1951, nr. 63, 5 septembrie.

Pruteanu P. — Spitalul unificat. Editura de Stat, 1954.

Sabanov A. N. — Indreptar pentru organizarea ocrotirii sănătăţii publice. Moscova Medghiz, 1950.

Strukov A. I. — Academicianul Aleksei Ivanovici Abrikosov (cu ocazia împlinirii a 50 de ani de activitate ştiinţifică, pedagogică şi socială), *Medicina sovietică,* 1950, nr. 2.

* * * — Regulamentul de funcţionare al Serviciilor de anatomie patologică din spitalele unificate, *Buletinul Ministerului Sănătăţii.*

★

Формы работы патологоанатомического стделения, основанные на анатомо-клиническом направлении

Автор излагает задачи патологоанатомической службы в рамках работы медицинской сети, указывая на возможности сотрудничества патологической анатомии в рамках развития анатомо-клинической работы. Приводятся формы организации этой работы на уровне областной и районной больницы, а также и в центрах, где имеются медицинские институты; кроме того, дается схема по организации анатомо-клинических совещаний.

L'organisation de l'activité dans le service d'anatomie pathologique, basée sur l'orientation anatomo-clinique

Dans cet article, l'auteur expose les différentes attributions du service d'anatomie pathologique, dans le cadre de l'activité du réseau sanitaire : il montre en même temps les possibilités de collaboration des médecins, animés par l'esprit d'une orientation anatomo-clinique de l'anatomie pathologique. Il présente les formes d'organisation de l'activité médicale dans l'hôpital de circonscription, dans l'hôpital régional et dans les centres ayant des facultés de médecine ; il finit son étude en exposant le schéma d'organisation des conférences anatomo-cliniques.

Organizarea dispensarizării în cadrul reţelei unificate antituberculoase pe baza fişierului de grupare şi programare

Gh. Bungeţianu, C. Ulpian, M. Lindenbaum

Dispensarizarea este o metodă de urmărire activă a unor grupe de populaţie prin *examene medicale multilaterale* repetate, cu scopul depistării formelor incipiente ale bolilor, atunci cînd acestea au un caracter doar funcţional şi produc modificări încă în limitele fiziologice. În plus, prin ea se urmăreşte şi modificarea activă a condiţiilor de muncă şi de viaţă, ca şi creşterea rezistenţei, pentru a preveni îmbolnăvirea în grupele de populaţie cele mai periclitate.

Dispensarizarea nu se adresează numai contingentelor de populaţie sănătoasă, care s-ar putea îmbolnăvi, ea cuprinde şi pe bolnavii pe cale de vindecare sau vindecaţi şi care sînt reîncadraţi în muncă, aceştia fiind urmăriţi din punct de vedere medical în complexul de factori reprezentaţi de mediul familial cît şi de cel de muncă, în scopul prevenirii recidivelor. Tocmai pentru ca această metodă să fie eficientă, ea nu trebuie să rupă pe individ de mediul în care trăieşte, studiul acestuia şi măsurile preventive ce vor fi luate trebuind să fie bazate pe un studiu complex al condiţiilor de muncă şi trai ale individului respectiv, precum şi al grupei de populaţie din care acesta face parte. Astfel se poate organiza o dispensarizare diferenţiată.

Dispensarizarea în cadrul reţelei de tuberculoză este un bun cîştigat demult, fiind metoda de lucru curentă.

Trebuie subliniat că, prin specificul tuberculozei, care împrumută, atît din caracterele bolilor transmisibile, cît şi din al acelor influenţate de factorii de mediu, dispenzarizarea în reţeaua antituberculoasă cuprinde, poate în mai mare măsură decît în alte reţele, contingente de indivizi sănătoşi (dar care sînt expuşi la îmbolnăvire, fiind contacţi cu un bolnav de tuberculoză) şi, în acelaşi timp, cuprinde contingente de foşti bolnavi vindecaţi, reîncadraţi. La primul grup, scopul dispensarizării este prevenirea îmbolnăvirilor ; în al doilea grup se urmăreşte prevenirea sau măcar surprinderea foarte precoce a recidivelor, a reîmbolnăvirilor.

Metoda pentru a aplica dispensarizarea în cadrul rețelei unificate atituberculoase.

In cadrul rețelei unificate antituberculoase precizăm că dispensarizarea trebuie să fie *diferențiată*. Ea se adresează la trei mari categorii de indivizi:

a) bolnavi;

b) sănătoși, însă contacți;

c) reîncadrați, foști bolnavi.

Bolnavii sînt repartizați în patru grupe dispensariale: primele trei grupe cuprind bolnavii pulmonari, al patrulea grup bolnavii extrapulmonari.

Grupa I dispensarială cuprinde bolnavii pulmonari în stadiu anatomo-clinic activ-progresiv.

Grupa a II-a dispensarială cuprinde bolnavii pulmonari în stadiul anatomo-clinic activ regresiv.

Grupa a III-a dispensarială cuprinde bolnavii pulmonari inactivi.

Tuberculoza este o boală caracterizată, mai ales acolo unde cazurile de luptă antiepidemică sînt reduse, prin mici epidemii de locuință care se întind în timp. Uneori apare cu caracter mai exploziv în colectivități (mai ales cele de copii și tineri). De aceea, atenția maximă și volumul maxim de muncă al rețelei antituberculoase trebuie îndreptate împotriva focarului.

In studiul de față ne ocupăm numai de focarele familiale (domiciliare), singurele care se raportează statistic, nu și de focarele la locul de muncă, acestea din urmă fiind urmărite cu ajutorul altei forme de evidență (fișierul de întreprindere).

Prin focar de tuberculoză se înțelege bolnavul împreună cu toți cei care locuiesc sub același acoperămînt și gospodăresc împreună. Uneori această noțiune mai trebuie încă lărgită, mai ales în mediul rural și suburban, trebuind să fie incluse persoane străine de familia bolnavului, care au o gospodărie separată, dar prin situația lor în spațiul locativ respectiv au totuși contacte frecvente cu mediul infectat (contacți de locuință). Alteori trebuie incluși chiar vecinii, atunci cînd ei au contacte frecvente cu mediul contaminant (contacți de vecinătate). Mai ales copiii trec frecvent dintr-o curte în cea vecină în cursul jocurilor lor, și experiența a arătat că adesea apar cazuri de noi îmbolnăviri la copiii vecinilor, în anumite condiții de mediu.

Gruparea de dispensar (grupele I—IV), prin faptul că ține seama de forma anatomo-clinică și de gradul de evolutivitate a leziunilor, exprimă în același timp și gradul de periculozitate pe care-l reprezintă bolnavul pentru mediul în care trăiește, pentru contacții care-l înconjoară. Prin faptul că focarele, la rîndul lor, sînt grupate după grupa dispensarială a bolnavului (sau a bolnavului cel mai periculos din punct de vedere epidemiologic, atunci cînd sînt mai mulți bolnavi într-un focar), această metodă slujește la o diferențiere în aplicarea metodei dispensarizării. Dar în cadrul fiecărei grupe dispensariale se mai creează diferențieri, care țin nu numai de periculozitatea bolnavului, exprimată prin stadiul evolutiv al procesului, dar țin și de vîrstă, sexul și tipul de sistem nervos al bolnavului, de asocierea cu afecțiuni, stări metabolice, stări fiziologice speciale, de condiții de muncă și de viață, care pot agrava procesul mor-

bid făcîndu-l, prin aceasta, mai periculos pentru contacți și, de asemenea, ținînd de numărul, vîrsta și sexul contacților.

Apariția tuberculozei în cadrul unei alte boli, complicînd-o în cadrul unei malformații organice, a unei tulburări metabolice sau în cadrul unei stări fiziologice speciale (pubertate, sarcină, lăuzie, alăptare), prin șansele de agravare posibilă pe care le presupune la contaminator, reprezintă un factor agravant pentru întreg focarul. De asemenea, forma de boală este influențată dacă o boală, malformație, tulburare metabolică (diabet, hipertiroidism) sau stare specială fiziologică, apar în cursul evoluției tuberculozei, fapt care va fi avut în vedere pentru acordarea unei dispensarizări diferențiate.

Cum contacții din focarele de tuberculoză sînt indivizi sănătoși, aceștia trebuie, prin dispensarizare, feriți de îmbolnăvire. Dispensarizarea acestora trebuie să fie însă o dispensarizare activă, în care tot complexul de factori arătați mai sus să fie bine cunoscut pentru fiecare focar. Situația privită schemativ poate duce la erori. Vom exemplifica: într-un focar de grupa I dispensarială, unde condițiile de izolare și îngrijirea bolnavului sînt îndeplinite (cameră separată, măsuri de igienă în focar, condiții economice bune, cură, medicație ajutătoare), contacții sînt mai puțin expuși decît cei dintr-un focar, chiar din grupa a II-a dispensarială, unde însă bolnavul activ-regresiv locuiește în comun cu contacții, uneori în pat comun. Dacă noi am aduce la termene fixe contacții, n-am proceda just în exemplul de mai sus. Termenele recomandate nu trebuie socotite date absolute și, după cum vom vedea, ele trebuie în general păstrate în cadrul grupării dispensariale, însă apreciate de la focar la focar, în funcție de interdependența de factori arătată mai sus.

Subliniem că scoaterea bolnavului din focar (deces, plecare), atunci cînd acesta era singurul bolnav din focar, nu duce la desființarea focarului decît dacă nu există contacți de focar. Neexistența acestora duce la desființare după dezinfecția terminală. În caz contrar, focarul este menținut încă în evidență un timp ce variază direct proporțional cu grupa dispensarială din care a făcut parte bolnavul, și trecut la pasiv numai după expirarea unui interval, care este de doi ani în cazul decesului unui bolnav din grupa I dispensarială. Dacă este vorba de decesul unui bolnav din altă grupă decît întîi, atunci focarul va mai fi ținut în evidență activă pînă la completarea unui interval de doi ani de la negativarea sputei sau altui produs patologic.

★

În dispensarele de tuberculoză evidența dispensarizării apare în fișele individuale de tuberculoză și de contacți tuberculoși, care permit supravegherea clinică și medico-socială a bolnavului, a contacților și a reîncadraților.

Pentru ca dispensarizarea să fie dinamică ea trebuie urmărită și controlată planificat. În vederea planificării și urmăririi executării, în vederea urmăririi și controlului aplicării măsurilor antiepidemice în focar, dispensarul folosește fișele de grupă, care servesc totodată și pentru programare și controlul bolnavilor, contacților și al reîncadraților; fișele se păstrează în cutii separate pentru fiecare circumscripție, de către sora de ocrotire.

Aceste fişe, adnotate cu grupa de dispensar, sînt aranjate separat pe grupe, în cadrul fiecărei circumscripţii, pe alfabet în cadrul fiecărei grupe. Ele constituie fişierul operativ, de supraveghere a prezentării la timp a bolnavilor şi contacţilor la dispensar, servind şi la planificarea şi urmărirea măsurilor de combatere.

Actualele fişe de program sînt utilizate în acest scop, ele devenind fişă de grupă şi programare, servind şi pentru planificarea muncii surorii pe teren precum şi pentru controlul acestei activităţi.

Rostul acestui fişier operativ este de a fi un fişier dinamic, deci trebuie să oglindească interdependenţa factorilor arătaţi de noi mai sus. Această interdependenţă trebuie să fie îndeaproape cîntărită de către medic, împreună cu sora de teren, după cunoaşterea aprofundată, atît a cazului respectiv din punct de vedere medical (situaţie oglindită în fişa individuală pentru tuberculoşi) cît şi a mediului în care aceştia trăiesc sau lucrează (situaţie oglindită în ancheta socială). Numai după cunoaşterea acestora planificarea poate fi judicios făcută, atît în ceea ce priveşte aplicarea măsurilor curative, cît şi a celor antiepidemice privitoare la contacţi. Aceasta este metoda complexă a dispensarizării diferenţiate.

★

Fişa de grupă şi program se întocmeşte pentru fiecare bolnav tuberculos luat în evidenţă.

Pe faţa fişei de grup şi programare sînt trecute date privitoare la bolnavi.

Pe dosul fişei se trec:

Numele şi pronumele tuturor contacţilor tuberculoşi de focar, data naşterei fiecărui contact.

Focarele din grupa I dispensarială şi în special celor cu B.K. pozitiv trebuie să li se facă cel puţin o vizită lunar, celor din grupa a II-a o dată pe trimestru şi celor din grupa a III-a o dată pe semestru. La rîndul său, bolnavul va vizita dispensarul minimum la o lună, trei sau şase, respectiv pentru grupa I, II sau III dispensarială.

În ceea ce priveşte contacţii, aceştia vor fi chemaţi pentru control cel puţin o dată pe trimestru, sau semestru, după cum aparţin respectiv la un focar din grupa I dispensarială sau la un focar din grupa a II-a sau a III-a dispensarială.

Ca o regulă generală, timpul de chemare al contacţilor la control este invers proporţional cu situaţia economico-socială a focarului, cu gradul de cultură şi cu baciloscopia bolnavilor.

Subliniem că în caz că unul dintre contacţi se îmbolnăveşte, i se face fişă nouă de grup, iar contacţii vor fi trecuţi şi urmăriţi pe fişa de grupare a bolnavului cel mai contagios.

În ceea ce priveşte recuperaţii, reîncadraţi în muncă, aceeaşi linie principială trebuie avută în vedere, scopul principal trebuind să fie prevenirea reactivării proceselor vechi şi stabilizate. Acest lucru nu poate fi realizat decît aplicînd metoda dispensarizării diferenţiate, organizate, în care urmărirea influenţei mediului de muncă este de cea mai mare importanţă, urmărirea atentă putînd să ne permită surprinderea primelor semne de scădere a rezistenţei organismului, înainte chiar de a se putea vorbi de recidivă sau de o agravare a procesului tuberculos local; această

scădere a rezistenței este de obicei în raport direct cu efortul la care bolnavul reîncadrat este supus sau, uneori, cu expunerea la intemperii, așa cum unele meserii o impun.

Cabinetul de pediatrie are un fișier separat, compus din fișe de grupă și programare aranjate pe grupe de dispensar (I, II, III, IV). La dispensarele cu multe cazuri, mai ales copii, se face și o aranjare în interiorul grupelor de vîrste (0—3 ani, 3—7 ani, 7—10 ani, 10—14 ani).

Pentru tuberculoza extrapulmonară (grupa a IV-a dispensarială), pe lîngă clasificarea pe forme de boală, în interiorul fiecărei forme de boală trebuie adunate cazurile după stadiul clinic, ritmul de vizitare și felul îngrijirilor.

Instructajul de fișier prevede astfel alcătuirea a 3 subgrupe:

Grupa I: Bolnavi în stadiul evolutiv al bolii, imobilizați la domiciliu, care au nevoie de tratamente active periodice sau de supraveghere strînsă, cel puțin o dată pe lună.

Grupa a II-a: Bolnavi în perioada de stare a bolii, care vin în dispensar și au nevoie de tratamente active periodice sau de supraveghere strînsă cel puțin o dată pe lună.

Grupa a III-a: Bolnavi imobilizați la domiciliu sau ambulatorii, în stadiul de regresiune a bolii, care nu au nevoie de tratamente active sau supraveghere medicală mai frecvente decît trimestrial.

★

Constatările făcute de noi pe teren arată că în dispensarele rețelelor unificate antituberculoase din Capitală, dispensarizarea diferențiată pe baza grupării de fișier se pune în practică, însă o serie de deficiențe au fost constatate, a căror înlăturare va duce la aplicarea metodei în mod just, de fond, și nu numai formal, cum se face în unele cazuri.

Deficiențele, în marea lor majoritate, țin în primul rînd de faptul că nu există o muncă de colectiv, între medicul ftiziolog de circumscripție și sora de teren, privind aprecierea asupra focarului. Acest lucru se răsfrînge în controlul contacților (dispensarizarea lor) care de obicei păstrează ritmul minim impus din instructajul de fișier pentru grupa respectivă, și nu faptul dacă focarul este sau nu cu B.K., dacă condițiile de coabitare sînt optime sau deficitare, dacă este un bolnav incipient sau depășit etc.

Procedînd mecanic, se face o dispensarizare statică, ruptă de realitățile mediului, de condițiile economico-sociale.

Dispensarizarea nu înseamnă numai măsuri medicale impuse de ca-

zul clinic respectiv. Scopul grupării de dispensar în cadrul dispensarizării constă în determinarea acelui complex de măsuri pe care trebuie să-l promoveze dispensarul în privința diferitelor grupe de bolnavi.

Atitudinea medicului de dispensar față de bolnav este determinată nu numai de forma clinică a tuberculozei, dar și de particularitățile condițiilor de muncă și de trai ale bolnavilor și contacților, de modificările în starea activității nervoase superioare, de supraeforturi fiziologice (sarcină, alăptare) și de alți factori care pot agrava evoluția în procesul morbid.

De aceea, munca în colectiv (medicul de circumscripție și sora de teren) este o condiție obligatorie pentru cunoașterea și aprecierea criteriilor de mai sus.

Se știe că în cadrul grupei I dispensariale există focare cu B.K. pozitiv și B.K. negativ, însă, afară de această subîmpărțire, în cadrul fiecăreia din grupele cu baciloscopie pozitivă sau negativă există focare cu mers nefavorabil din punct de vedere epidemiologic, mers nefavorabil care trebuie bine analizat și care ține nu numai de dinamica procesului morbid, ci în special de factorii economici și de trai. De exemplu, periculozitatea este mai mică într-un focar cu un bolnav — chiar bacilifer — dar care are posibilitatea să se izoleze într-o cameră proprie, decît într-un focar, chiar din grupa a II-a, dar unde bolnavul doarme cu unii din membrii de familie în același pat. Aceste focare cu condiții nefavorabile trebuie cunoscute, și cu toate că fac parte din grupa a II-a, unde există o schemă tip de urmărire a focarelor, noi nu trebuie să o urmărim mecanic ci, dimpotrivă, să concentrăm atenția colectivului — medic și soră de circumscripție, în mod special asupra acestor focare, atît sub raportul vizitelor profilactice făcute de sora de ocrotire, sub cel al numărului prezentărilor bolnavilor și contacților la dispensar, cît și sub aspectul asistenței sociale.

In lumina celor de mai sus propunem ca Grupa *I dispensarială* să fie împărțită în *două subgrupe :*

subgrupa A : — nefavorabil ;
subgrupa B : — favorabil.

Focarele din subgrupa A trebuie să fie vizitate la domiciliu de două ori pe lună. Bolnavii trebuie să fie chemați la dispensar o dată pe lună, iar contacții o dată la 2 luni. In această subgrupă vor intra focarele cu spațiu locativ foarte mic, unde bolnavul locuiește cu contacții în aceeași cameră, focarele cu nivel economic redus, cele cu copii sub 4 ani, cele cu repetate îmbolnăviri noi printre contacți.

*Din istoricul organizării sanitare rurale**

Conf. I. Ghelerter, D. Hociotă

(Catedra de Istorie a medicinei I.M.F., Bucureşti)

Crunta exploatare, umilirea, lipsa de orice drepturi politice, întunericul şi incultura, au caracterizat timp de secole situaţia ţărănimii noastre ; starea ei sanitară a corespuns acestei mizerabile stări economico-sociale. Numai eliberarea ţării noastre de către armatele sovietice şi doborîrea dictaturii fasciste, la 23 August 1944, au creat condiţiile pentru rezolvarea problemei ţărăneşti şi, o dată cu aceasta, pentru îmbunătăţirea treptată a sănătăţii ţărănimii muncitoare.

In decursul lungii perioade istorice în care se formează şi se stabileşte orînduirea feudală în Ţările Romîneşti, medicina are un caracter religios ; ea este practicată de călugări, cunoscători ai leacurilor populare, la care adaugă tot felul de rugăciuni, privegheri, masluri etc. Pe lîngă mănăstiri încep să ia fiinţă, din secolul al XIV-lea, sub influenţa rusă, acele mici aziluri sau spitale, denumite bolniţe mănăstireşti. Cea dintîi asemenea bolniţă a fost, se pare, la mănăstirea Vodiţa din Mehedinţi, în 1369, mănăstire întemeiată de călugări slavi.

Ţărănimea iobagă, căreia boierimea nu-i acorda nici o formă de asistenţă, folosea mai mult decît rugăciunile călugărilor, medicina empirică, plină de superstiţii şi practici de magie. Medicina populară, practicată de vindecători şi de babe pricepute în farmece şi descîntece, a domnit peste tot la ţară timp de secole şi rămăşiţele ei mai dăinuiesc şi astăzi.

Cele dintîi elemente de legislaţie sanitară le găsim la mijlocul secolului al XVII-lea în pravila lui Vasile Lupu (Pravile împărăteşti, Iaşi, 1646) şi pravila lui Matei Basarab (Indreptarea legii, Tîrgovişte, 1652). In aceste prime colecţii de legi scrise se prevăd unele măsuri cu caracter mai mult medico-judiciar.

Trece mai bine de un secol, în care nu găsim nici o preocupare pentru sănătatea maselor din partea domnitorilor şi boierilor feudali. La sfîrşitul secolului al XVIII-lea, datorită noilor condiţii economico-sociale, încep să apară primele spitale şi cele dintîi încercări de organizare sanitară în Ţara Romînească şi în Moldova. Incep semnele descompunerii feudalismului şi se ivesc forme ale noii orînduiri, capitalismul. Mizeria ţăranilor şi proasta lor stare sanitară se accentuează o dată cu intensificarea culturii cerealelor pentru export. Se răspîndeşte tot mai mult malaria. Din 1707 încep să bîntuie grave epidemii de ciumă, a căror răspîndire este favorizată de numeroasele războaie.

Cele dintîi măsuri de organizare sanitară sînt luate în 1775, de către Alexandru Ipsilante în Muntenia şi Grigore Alexandru Ghica în Moldova. „Epitropia de obşte" în Muntenia şi „Vornicia obştirilor" în Moldova capătă o serie de atribuţii sanitare şi de asistenţă publică privitoare numai la capitalele ţărilor ; nu găsim urmă de preocupare pentru sănătatea ţărănimii.

Primele măsuri moderne de organizare sanitară şi de combatere a epidemiilor se iau în timpul protectoratului rusesc al Ţărilor Romîneşti, care

---

* Fragment din lucrarea : Asistenţa medicală rurală în trecutul romînesc (datele privitoare la trecutul îndepărtat cuprind numai Ţările Romîneşti, fără Transilvania).

a urmat păcii de la Adrianopol (1828—1834). Dispozițiile sanitare constituie o latură pozitivă, progresistă a Regulamentelor organice, puse în aplicare în 1831 în Țara Românească și în 1832 în Moldova. Ele au fost întocmite sub directa îndrumare a generalului Pavel D. Kiselev. Conducerea treburilor sanitare este dată în sarcina „Ministerului dinlăuntru" în Muntenia și a Marelui logofăt în Moldova; se formează „Comitetul carantinelor", care se transformă apoi în „Comitetul de sănătate" la București și Iași.

Dacă înființarea unui „cordon de sănătate nestrămutat" de-a lungul Dunării și Prutului, cu puncte organizate de carantină, a dat rezultate importante în stăvilirea epidemiei de ciumă din 1829 și a primei epidemii de holeră din 1831, celelalte măsuri sanitare prevăzute în Regulamentul organic au fost aplicate îndeosebi la orașe și n-au adus vreo îmbunătățire sănătății poporului. O măsură temporar eficace a fost planul de curățare și pază, tot în scopul prevenirii epidemiilor, care a dus la curățarea a 36 de orașe și 5 500 de sate.

Regulamentele organice prevedeau organizarea de servicii sanitare în cele două capitale, la București și Iași. Țara Românească a fost împărțită în șase regiuni sanitare cu reședințe la Craiova, Rîmnicul-Vîlcea, București, Pitești, Buzău și Ploiești, avînd fiecare cîte un medic și cîte un chirurg. Moldova a fost împărțită în cinci regiuni: Botoșani, Iași, Roman, Bîrlad și Galați. La nevoie, ispravnicii județelor se adresau medicilor din orașele de reședință, în afară de București și Galați, unde se adresau doctorilor de carantină. Aceasta este prima formă organizatorică de circumscripții sanitare în Principate.

Trebuie semnalat că tot în timpul protectoratului rus a fost înființat primul spital pentru pelagroși și că Rusia a ajutat populația noastră cu făină adusă din Odesa în timpul foametei din 1831.

Măsurile asemănătoare prevăzute în ambele Regulamente organice au constituit o bază importantă pentru unificarea serviciilor sanitare ale Principatelor în timpul lui Cuza. Datorită numărului restrîns de medici care se aflau pe atunci în Principate, precum și a concepției de „poliție sanitară" care domnea, Regulamentele organice au acordat un rol principal organelor administrative: ispravnici, zapcii în domeniul sanitar. Acest rol, care va fi menținut de legislațiile ulterioare, va duce la nenumărate imixtiuni și abuzuri ale administrației burghezo-moșierești în organizarea sanitară, în detrimentul maselor muncitoare.

Frămîntările sociale care au precedat anul revoluționar 1848 au adus unele completări și modificări ale legislației sanitare cuprinse în Regulamentul organic. Astfel, în 1842, Moldova a fost împărțită în cinci „ocruguri sanitare", iar Muntenia în șapte. Aceste „ocruguri" erau un fel de mari circumscripții sanitare, care aveau în frunte un medic cu titlul de „fizic al districtului". Numărul acestor medici a crescut treptat, astfel încît fiecare județ a ajuns să aibă cîte un medic. Acești medici însă nu puteau asigura o asistență medicală populației rurale.

Prin legea din 1853, se înființează în timpul lui Barbu Știrbei mici spitale pentru bolile venerice și se numesc medici în fiecare județ. În același an vine în țară Carol Davila, care, chemat să organizeze serviciul sanitar al oștirii va pune bazele învățămîntului medical în țara noastră.

Unirea Principatelor — realizată prin lupta poporului muncitor de la orașe și sate, folosită de burghezie — a adus schimbări importante în or-

ganizarea sanitară. Promotorii reformelor sanitare din această perioadă au fost Carol Davila şi I. Felix, care au avut de înfruntat împotrivirea boierimii reacţionare, în aplicarea ideilor inovatoare.

In 25 august 1862 se contopesc serviciile sanitare ale Principatelor, formîndu-se Direcţia generală a serviciului sanitar, sub conducerea unui inspector general (C. Davila) şi a unui viceinspector (I. Felix) ; această direcţie depindea de Ministerul de Interne. Se înfiinţează un comitet medical superior, în locul fostelor comitete de sănătate ; de asemenea, se creează consilii de igienă şi salubritate publică în Bucureşti, Iaşi şi alte cîteva oraşe. Se schimbă titulatura medicilor de judeţe şi a „fizicilor", în medici primari de judeţ.

Catagrafia oficială a personalului medical, întocmită de Davila în 1860, arată că în Muntenia existau 96 de doctori în medicină, 18 magiştri în chirurgie şi 18 patroni de chirurgie, iar în Moldova, în 1861, 95 de doctori în medicină, 4 magiştri şi 41 de patroni în chirurgie [1].

Datorită iniţiativei lui Davila, se face, tot în 1862, primul pas pentru o asistenţă sanitară rurală regulată, prin numirea în Muntenia a 17 medici de arondisment (plasă), cîte unul de fiecare judeţ [2]. Cu timpul, numărul acestor posturi creşte, fiind numiţi tineri licenţiaţi ai Şcolii naţionale de medicină, condusă de Davila.

Cît de jalnică era starea sanitară a ţărănimii, datorită mizerabilelor condiţii economice şi a lipsei de asistenţă, ne-o arată situaţia epidemiilor din 1866 : febra tifoidă dădea o mortalitate de 12,5% ; dizenteria de 18% ; variola de 17% ; scarlatina de 30% ; rujeola de 29%. Epidemia de holeră, care a bîntuit din vara anului 1865 pînă în toamna anului 1866, a dat o morbiditate de 66 665 de cazuri, după statisticile de atunci, cu o mortalitate de 41,8% (27 863 de cazuri) [3].

Legăturile medicale romîno-ruse şi influenţa organizării sanitare ruse sînt marcate în această perioadă de misiunea doctorilor I. Felix şi A. Marcovici, trimişi în 1865 să studieze epidemia de febră recurentă din Petersburg. I. Felix a fost puternic influenţat de asemănarea dintre starea sanitară din Rusia şi cea de la noi şi a urmărit realizarea unor măsuri organizatorice care s-au reflectat în proiectul legii sanitare alcătuit între 1872—73 de o comisie, în frunte cu I. Felix şi A. Fătu, proiect care a luat drept bază Regulamentul organic. Legea sanitară din 1874 a fost întocmită pe baza acestui proiect, deşi Davila şi Felix nu mai erau la conducerea serviciului sanitar. Această lege înseamnă un pas înainte în organizarea sanitară. Ea afirmă principiul — progresist pentru acea vreme — enunţat de I. Felix că „serviciul sanitar este un serviciu de stat". Serviciul sanitar este centralizat sub conducerea Ministerului de Interne. Se prevede ca fiecare plasă să aibă un medic şi se fixează atribuţiile acestora; se reglementează practica medicinei, farmaciei, medicinei veterinare şi moşitului ; medicul primar de judeţ este şeful serviciului sanitar al întregului judeţ ; oraşele mari (Bucureşti, Iaşi, Craiova, Ploieşti, Botoşani,

---

[1] *I. Felix* — Istoria igienei în Romînia în secolul al XIX-lea şi starea ei la începutul secolului al XX-lea, partea I. Analele Academiei Romîne, Bucureşti, 1901, pag. 58.

[2] Decret domnesc, Monitorul oficial nr. 61, aprilie 1862.

[3] *V. Michail* — O pagină din retrospectiva serviciului sanitar în Principatele Romîne pînă la 1866, Bucureşti, 1907, pag. 27.

Brăila şi Galaţi) depind direct de Minister. Se instituie un concurs pentru medicii de spital şi de oraş.

Latura negativă a acestei legi, caracterul ei de clasă, care reflectă Constituţia burghezo-moşierească din 1866, constă în faptul că statorniceşte imixtiunea organelor administrative în problemele sanitare. Rolul principal în îndeplinirea măsurilor sanitare revine prefecţilor, subprefecţilor şi primarilor; medicul de oraş este subordonat primarului, iar medicul de judeţ prefectului şi subprefectului; în acest fel, asistenţa medicală şi medicii ajung la cheremul partidelor politice. În articolele sale asupra organizării sanitare rurale, Ştefan Stîncă va înfiera cu vigoare amestecul autorităţilor, în frunte cu subprefectul, „această pacoste" în practica medicilor de plasă, care pot fi oricînd mutaţi sau scoşi din servicii de aceste unelte servile ale burghezo-moşierimii, care se ocupau de sănătatea ţăranilor doar în „vremea frigurilor electorale".

„Serviciul medicilor de plasă — spune I. Felix — a rămas partea cea mai slabă din organizarea sanitară după legea din 1874. Activitatea lor se mărginea la căutarea unui număr mic de bolnavi şi îndeplinirea de formalităţi banale" [1]. Singurele rezultate pozitive s-au obţinut acolo unde existau mici spitale rurale, conduse de medici de plasă. Felix va insista mai tîrziu asupra acestei forme organizatorice, citînd exemplul medicinei înaintate ruse. El arată că profesorul Erisman a descris la Congresul internaţional de medicină din Moscova (1897) starea medicinei rurale (de zemstvă), în care „medicul rural ambulant, care o dată sau de două ori pe lună vizitează toate satele circumscripţiei", n-a dat rezultate bune. Erisman recomandă crearea unor mici spitale rurale, care să devină centre de cultură sanitară.

Lipsa criminală de interes arătată de burghezo-moşierime pentru sănătatea ţăranilor, precum şi condiţiile mizerabile în care funcţionau aceşti medici de plasă după legea din 1874, reies din scrisorile adresate de N. Petrovici Zubcu Codreanu, din plasa Puieşti (Tutova), unde lucra în 1876—1877, către tovarăşul său de luptă, dr. N. Russel: „Acea însă ce cu deosebire trebuie să intereseze pe bunul şi adevăratul patriot romîn, ceea ce trebuie să-l îngrijorească, să-l tulbure şi să-l înspăimînte sînt înfiorătoarele condiţii igienice sub care poporaţiunea rurală duce o existenţă din cele mai mizerabile, o viaţă din cele mai ticăloase" (31 martie 1877). El arată că nu a primit de trei luni salariul, că locuieşte în condiţii mizerabile şi că nu are mijloace de transport pentru a vizita satele bîntuite de o epidemie de difterie.

În ultimul sfert al secolului al XIX-lea, legea sanitară din 1874 a fost modificată în cinci rînduri: 1877, 1881, 1885, 1893 şi 1898, [2] fără să aducă vreo îmbunătăţire serioasă în asistenţa medicală rurală. În aprilie 1877, serviciul medical din districte trece în administraţia judeţelor, urmînd acel proces neîncetat de centralizare şi descentralizare, după interese politicianiste şi nevoia de a echilibra bugetele, proces care va ţine în loc dezvoltarea serviciului sanitar rural.

Silită în această perioadă de dezvoltarea mişcării muncitoreşti (care ridică şi problema ţărănească) şi de răscoalele ţărăneşti, burghezo-moşierimea ia unele măsuri de asistenţă medicală rurală, dintre care însă cele

---

[1] *I. Felix* — Istoria igienei, op. cit. partea a II-a, pag. 25.
[2] *C. Boierescu* — Codicile Romîne, Bucureşti, 1882.

mai multe rămîn pe hîrtie. Trebuie subliniată în această perioadă activitatea medicilor legaţi de mişcarea muncitorească, care, într-un timp cînd posturile de medici de plasă erau ocolite de burghezie, au mers să practice la ţară, încercînd să aducă un ajutor ţărănimii muncitoare. În fruntea acestora se numără medicul revoluţionar Nicolae Petrovici Zubcu Codreanu, care a funcţionat ca medic al plăşii Puieşti (Tutova) şi apoi în judeţul Argeş, dr. Nicolae Russel, care a practicat în Argeş, dr. Petru Alexandrov, care a îngrijit pescarii din judeţul Tulcea, dr. Victor Crăsescu, care a practicat în multe plăşi şi apoi în Slănic-Prahova şi, în sfîrşit, marele medic socialist Ştefan Stîncă, care a îngrijit între 1891 şi 1894 ţărănimea din plasa Titu (jud. Dîmboviţa).

Agitaţia ţărănimii, pauperizată în războiul pentru independenţă din 1877—1878, impune guvernului liberal şi o preocupare pentru sănătatea satelor. Prin legea din 20 iunie 1881 se înfiinţează primele spitale rurale şi se prevede folosirea periodică a ambulanţelor militare drept ambulanţe rurale. Pentru a nu-şi ştirbi averile strînse în timpul războiului, oligarhia recurge la această formă de cîrpeală, menită să arunce praf în ochii ţărănimii. Pe baza acestei legi, ambulanţele militare create de Davila au fost mobilizate pentru trei luni, în timpul verii anilor 1884—1887; au funcţionat între 8 şi 32 de unităţi, conduse de medici de rezervă concentraţi timp de o lună. Bolnavii erau consultaţi ambulatoriu, primeau medicamente, unele cazuri erau spitalizate temporar în corturi. Este lesne de înţeles ce eficacitate putea avea o asemenea măsură faţă de jalnica stare sanitară de la sate. Un punct pozitiv al activităţii acestor ambulanţe a fost că într-o măsură „au împrietenit populaţia rurală cu binefacerile medicinei" (I. Felix, op. cit.). Activitatea ambulanţelor încetează în 1887.

Primele patru spitale rurale se deschid în decembrie 1881 şi funcţionează pînă la construirea de localuri proprii în mănăstiri.

În 1885 se modifică legea sanitară: toţi medicii, inclusiv cei de plasă, sînt numiţi de Ministerul de Interne; Consiliul medical ia numele de Consiliu medical superior şi se înfiinţează şi un consiliu superior de epizootii [1].

În urma răscoalei ţărăneşti din 1888, se legiferează în 1892 înfiinţarea cîtorva noi spitale rurale, administrate de judeţe şi subvenţionate de stat [2]. Tot prin această lege se înfiinţează serviciul de control sanitar prin patru inspectori sanitari şi se prevede ca fiecare judeţ să aibă mai multe spitale judeţene, care să fie considerate ca spitale de plasă, iar în fiecare plasă să funcţioneze cel puţin un medic (măsură care avea să rămînă pe hîrtie în tot timpul ocîrmuirii burghezo-moşiereşti). Se prevede declararea obligatorie a bolilor infecţioase şi obligaţia administraţiilor judeţene şi comunale de a înfiinţa spitale în timpul epidemiilor (măsură care de asemenea n-a fost aplicată).

În 1894 apare Regulamentul pentru serviciul sanitar de judeţ (Decretul nr. 2 851 din 18 iulie 1894) [3]. În acest regulament se prevede, la art. 101, ca „fiecare plasă, şi, pe cît mijloacele vor permite, fiecare comună rurală" să aibe cîte un agent sanitar; în aceste posturi vor fi numiţi sub-

[1] *I. Felix*, — op. cit.
[2] Monitorul oficial, 28 mai 1892.
[3] Monitorul oficial, 12 august 1894, vezi şi *G. Alexandrescu*, Culegere de legi sanitare, Bucureşti, 1935.

chirurgi şi, în lipsa acestora, „foşti sanitari în armată şi vechi infirmieri de spitale" ; se fixează îndatoririle acestor agenţi — asemănătoare cu cele ale medicului de circumscripţie de mai tîrziu — care depind de medicul de plasă.

★

Starea sanitară a ţărănimii la începutul secolului al XX-lea — în perioada în care se dezvoltă imperialismul — este din ce în ce mai proastă. Statul burgheziei şi al moşierimii continuă să se dezintereseze de sănătatea maselor muncitoare ; măsurile sanitare, care se iau sub presiunea răscoalelor ţărăneşti şi a luptei tot mai organizate a clasei muncitoare, au rămas în cea mai mare parte neaplicate sau ineficiente pînă în ziua eliberării patriei noastre, în august 1944. În 1906, anul în care exponentul capitalismului german, regele Carol I, îşi sărbătorea cu fast 40 ani de domnie, prof. Al. Obregia arată în expunerea de motive a Legii asistenţei sanitare că „în mijlociu revine pentru fiecare medic rural a îngriji peste 25 000 de locuitori, iar în suprafaţă peste 50 000 de ha... şi aceşti medici rurali sînt atît de puţini ! Sarcina ce le incumbă este aşa de întinsă, încît este aproape imposibil de realizat !" [1]. Ca şi pe vremea lui Zubcu Codreanu, medicii de plasă n-au locuinţe, n-au mijloace de transport, n-au medicamente şi instrumente. Cel puţin primii medici de circumscripţii fuseseră dotaţi de Davila cu o mică farmacie portativă !

Prof. Toma Ionescu (în discursul ţinut în Camera deputaţilor la 27 ianuarie 1906) arăta că, cu toate legile care s-au succedat, serviciul sanitar rural se află în aceeaşi situaţie ca şi înainte de prima lege din 1874. Spitalele rurale sînt într-o stare deplorabilă, iar medicii la cheremul intendenţilor, „vechi agenţi electorali, susţinuţi împotriva medicilor de potentaţii zilei". Rolul sanitar al medicilor de circumscripţie este redus la zero. Condiţiile de muncă ale medicilor de circumscripţie rurală sînt de aşa natură, încît ei sînt simpli vizitatori în circumscripţia lor şi vizitarea comunelor o dată pe lună face ca ajutorul medical să fie o simplă ficţiune.

În 1904 apare Regulamentul pentru serviciul sanitar rural (Decretul nr 2 145 din 25 iunie 1904) [2], care s-a menţinut şi în legea sanitară din 1935. În acest regulament se prevăd atribuţiile agenţilor sanitari şi ale moaşelor care depind de medicul de plasă.

Guvernele burghezo-moşiereşti caută să potolească agitaţia rezultată din mizeria crescîndă a ţărănimii, tot mai mult exploatată, care avea să ducă la răscoala din 1907. Astfel apare Legea asistenţei sanitare a sătenilor, prin care se prevede înfiinţarea acelor 32 de spitale rurale Carol I (aşa-numitele „spitale jubiliare", costisitoare şi ineficace, care vor fi criticate de Victor Babeş), a unor aziluri de pelagroşi şi de tuberculoşi şi luarea cîtorva măsuri de combatere a paludismului şi pelagrei. Nici de astă dată burghezo-moşierimea nu consideră necesar să aloce fonduri din bugetul statului, ci prevede ca aceste realizări sanitare să fie acoperite prin înfiinţarea unei loterii de stat, prin donaţii şi legate !... Fonduri se prevăd pentru jandarmi, subprefecţi şi inspectori.

---

[1] *Al. Obregia* — Raportul general asupra igienei publice şi asupra Serviciului sanitar al Romîniei, partea I, Bucureşti, „Minerva", 1907, pag. XV.

[2] Monitorul oficial, nr. 71, 29 iunie, 1904.

În afara acestor spitale „jubiliare", care purtau numele celui mai mare latifundiar, exploatator al țărănimii, se înființează și un număr de infirmerii, dintre care foarte puține sînt dotate cu localuri proprii, cele mai multe funcționînd în case țărănești; se sporește numărul agenților sanitari și se numesc o serie de moașe „de clasa a II-a", reformă care va fi curînd părăsită.

Marii noștri savanți progresiști, Victor Babeș și Gh. Marinescu, au arătat, în preajma răscoalei din 1907, dezinteresul oligarhiei pentru sănătatea poporului, lipsa de măsuri sanitare la sate, mizeria economico-socială, răspîndirea tot mai mare a bolilor de masă care măcinau sănătatea țărănimii.

Nici un act de acuzare n-ar putea expune mai bine situația medicului rural și nepăsarea oligarhiei conducătoare față de sănătatea țărănimii — în această perioadă de dezvoltare a economiei țării și de îmbogățire a burgheziei și a moșierimii — decît următoarea pagină din raportul oficial al inspectorului sanitar I. Bordea, exponent al organizării sanitare burgheze: „Ieșit din facultăți și spitale, tînărul medic, în majoritatea cazurilor fără să fi avut pregătirea cuvenită, era trimis la o plasă cu 20—25 de comune, cu cîte 40 de sate, ca să facă izolarea bolnavilor contagioși, fără să aibă local de izolare, să facă dezinfecția locuințelor fără aparate și material, să se ocupe de igiena satelor fără ca cuvîntul lui să fie ascultat; să dea consultații bolnavilor, fără să aibă unde să examineze și să distribuie medicamente săracilor fără a avea medicamente". Și mai departe: „Să vadă contagioși pentru a-i trece în tabelele statistice și să prescrie regimul lactat acelora care, uneori, nu-și aveau asigurată nici măcar mămăliga zilnică". „În afară de aceasta, controlul hranei muncitorilor în timpul muncilor agricole era din partea medicilor un act, pe cît de cutezător, pe atît de periculos, pentru că puternicii zilei cereau decapitarea cutezătorului care a îndrăznit să execute un control asupra hranei insuficiente și de proastă calitate ce o dădeau..." [1].

În urma răscoalelor țărănești din 1907, burghezo-moșierimea este silită să aducă unele ameliorări în organizarea sanitară rurală. În fruntea Direcției generale a serviciului sanitar vin, în 1908, prof. I. Cantacuzino și dr. V. Sion, savanți cu vederi progresiste, care încearcă să determine o nouă orientare a organizării sanitare. Legea sanitară din 1910, pe care I. Cantacuzino și V. Sion o întocmesc în colaborare cu Asociația generală a medicilor, înseamnă un pas înainte, prevăzînd un complex de măsuri sanitare antiepidemice și profilactice, bazate pe noi instituții; se încearcă de asemenea, la cererea unanimă a medicilor, scoaterea lor de sub tutela administrativă și abuzurile politicianiste. Se încearcă „o luptă mai efectivă contra cauzelor generale ale bolilor și o stabilitate și o echitate administrativă mai mare pentru corpul medicilor funcționari". (I. Cantacuzino).

În ceea ce privește asistența sanitară rurală, legea sanitară din 1910 prevede, la art. 68, constituirea unei „case a sănătății publice rurale".

Se constituie o casă a sănătății publice rurale, avînd drept scop realizarea tuturor lucrărilor necesare salubrității publice din comunele

[1] *I. Bordea,* Serviciul sanitar al Romîniei și igiena publică între anii 1905—1922. București, „Cultura", 1924, pag. 49.

rurale, precum: alimentarea cu apă, canalizări, combaterea paludismului şi pelagrei. Se fixează raza unei circumscripţii sanitare la 15 000 de locuitori; fiecare circumscripţie va avea un dispensar, care să fie înzestrat cu cele necesare şi să cuprindă şi saloane pentru izolare. Se prevede construirea de locuinţe pentru medicii de circumscripţii rurale şi cămine pentru moaşele rurale. Noua formă de organizare sanitară se aplică pentru început cu titlu experimental, în opt judeţe cu cea mai proastă stare sanitară; se înmulţeşte numărul medicilor rurali şi al personalului auxiliar; se înfiinţează în sate farmacii portative în grija agenţilor sanitari, a învăţătorilor sau preoţilor, se începe o acţiune de educaţie sanitară.

Dar şi această lege progresistă a fost subordonată politicii de clasă a burghezo-moşierimii. Aşa cum a declarat însuşi autorul ei, prof. I. Cantacuzino, legea a fost sabotată „de generaţia de politicieni conduşi de aspiraţii materiale, aplicînd în scop de îmbogăţire personală cele mai cinice metode politice şi administrative". Cele mai multe din măsurile prevăzute nu s-au tradus în fapt. Nu s-au creat instituţiile necesare, nu s-a format personalul necesar. Casa sănătăţii rurale n-a putut realiza nici o îmbunătăţire în salubritatea satelor, cît despre extinedrea aplicării organizării sanitare în alte judeţe decît acelea „experimentale", aceasta începe să se facă abia în 1921 (Decretul nr. 4 084 din 2 octombrie 1920 şi Decretul nr. 2 612 din 22 iunie 1921).

★

In perioada primului război mondial, întreaga organizaţie sanitară a fost destrămată; noile circumscripţii rurale şi dispensare au fost, unele complet distruse, altele deteriorate. Ţărănimea a dat mari jertfe în război, din cauza deficienţelor serviciului sanitar militar. Epidemiile de tifos exantematic şi febră recurentă din 1917—1918 au făcut nenumărate victime. In urma războiului, tuberculoza şi sifilisul se răspîndesc masiv în mediul rural. Mizeria muncitorimii şi a ţărănimii muncitoare creşte. Avîntul revoluţionar, determinat de Marea Revoluţie Socialistă din Octombrie, sileşte burghezia şi moşierimea să aducă unele reforme şi în domeniul sanitar, dar pe care le aplică cu aceeaşi ipocrizie, le ştirbeşte şi le retrage cînd crede că pericolul a trecut. O dată cu constituirea Partidului Comunist din Romînia, la 8 mai 1921, începe adevărata luptă organizată a clasei muncitoare împotriva exploatării şi a asupririi; în această luptă partidul va pune pe prim plan şi revendicări sanitare în folosul muncitorimii şi al ţărănimii muncitoare.

In 1919 se face din nou descentralizarea serviciului sanitar; vechiul regat este împărţit în 7 regiuni sanitare, conduse de cîte un inspector general sanitar, dar această încercare nu dă nici un rezultat în dezordinea şi mizeria care domneau în organizarea sanitară rurală. In 1921 se extinde aplicarea legii din 1910 la ţară, în afara vechilor judeţe „experimentale", prin crearea de noi circumscripţii rurale cu dispensare. Din datele statistice din 1921—1922 rezultă că unui medic de circumscripţie rurală îi revin în medie 41 de sate cu o populaţie de 21 114 oameni.

În 1920 se înființează Ministerul Muncii și Asigurărilor Sociale; în 1922, Direcția generală a serviciului sanitar trece de la Ministerul de Interne la Ministerul Muncii, Sănătății și Asigurărilor Sociale[1]; în 1923 se înființează Ministerul Sănătății și Asigurărilor Sociale. Legea sanitară din 28 octombrie 1922 constituie un progres, prin faptul că stabilește o unitate de conducere în politica sanitară: toate instituțiile sanitare, indiferent de caracterul lor, trec sub controlul Ministerului. Țara întreagă se împarte în 11 direcții și regiuni sanitare, conduse de către un inspector general sanitar, cu titlul administrativ de director de regiune. Legea din 1922 reia elementele legii sanitare din 1910, cu micile modificări din 1911—1913 și 1921. În ce privește asistența sanitară rurală, se reia ideea Casei sănătății publice rurale din 1910 — care nu dăduse rezultate sub forma Casei de sănătate — instituită în cadrul Ministerului Sănătății și Asigurărilor Sociale și destinată să combată bolile epidemice și cu extindere de masă în mediul rural. Această Casă nu este înzestrată cu nici un fel de fonduri, ci trebuie să și le adune singură, așa că vegetează și dispare, în timp ce epidemiile continuă să bîntuie și bolile de masă se răspîndesc tot mai mult. Demagogia care stătea la baza noilor măsuri organizatorice se vădește și prin faptul flagrant că bugetul sănătății publice este micșorat treptat în 1920—1923.

În perioada stabilității relative a capitalismului (1923—1929) este de semnalat un nou regres în domeniul sanitar. În preajma crizei economice burghezia recurge la economii bugetare, pe seama sănătății maselor. Pe baza legii unificării administrative a teritoriilor alipite, se elaborează în 1928 legea descentralizării serviciului medical, prin care serviciile sanitare județene și comunale trec din nou sub controlul organelor administrative locale.

În perioada crizei economice din 1929—1933 și în perioada fascizării țării și a pregătirilor războiului antisovietic (1933—1940), starea sanitară a maselor muncitoare se înrăutățește. Numărul investițiilor sanitare scade, bugetele sanitare sînt diminuate an de an — bugetul din 1931, de pildă, este redus cu o cincime față de cel din 1930 — în timp ce scumpetea vieții crește. Natalitatea este în scădere în decurs de 10 ani, în timp ce mortalitatea generală și mortalitatea infantilă se mențin la cifre ridicate. Malaria, sifilisul, tuberculoza sînt în creștere. Bolile infecto-contagioase dau o mare mortalitate.

Reprezentanții medicinei oficiale burgheze sînt nevoiți să recunoască această realitate, care demască atitudinea statului burghezo-moșieresc în problema ocrotirii sănătății. Astfel, prof. D. Mezincescu scrie: „De fapt, printr-un complex de împrejurări... marea masă a populației noastre este practic lipsită de orice asistență medicală“ [2]. Prof. D. Mezincescu citează datele Institutului central de statistică (după părerile oficiale, acestea erau departe de a exprima realitatea), care arată că în 1936, în ce privește îngrijirea medicală a bolnavilor și în special a celor din mediul rural, din numărul total al deceselor, 21,7% în orașe și 68,3% la sate s-au produs fără ca bolnavii respectivi să fi fost văzuți de medic

[1] Legea din 30 aprilie 1922, Monitorul oficial nr. 21, 1922.

[2] *D. Mezincescu,* Sănătatea publică în Romînia. „Enciclopedia Romîniei”, vol. I, București, 1938, pag. 513.

şi să fi primit vreo îngrijire medicală; pentru decesele sub un an, proporţia era de 36,6% în mediul urban şi de 84,8% în mediul rural.

Statisticile oficiale arată că, din circa 2 400 de medici ai Ministerului Sănătăţii, 984 funcţionau la ţară (deservind 15 500 000 de locuitori) şi 1 400 la oraşe (pentru 3 500 000 de locuitori).

Savanţii noştri progresişti şi medici legaţi de mişcarea muncitorească demască atitudinea criminală a burgheziei şi moşierimii; ca urmare, ei au avut de înfruntat în această perioadă persecuţiile autorităţilor. În timpul fascizării ţării se răspândesc doctrinele reacţionare ale eugeniei, malthusianismului, darwinismului social, rasismului, promovate de şcolile de igienă socială din Bucureşti şi Cluj, conduse de G. Banu şi I. Moldovan. În fruntea luptei pentru îmbunătăţirea sănătăţii maselor şi pentru combaterea teoriilor reacţionare stă Partidul Comunist din Romînia.

Rezoluţia Plenarei a V-a lărgită din august 1936 a Comitetului Central al Partidului Comunist din Romînia arată: „Ţăranii mor din cauza foametei, pelagrei, sifilisului, tifosului exantematic. Bolile sociale iau un caracter epidemic şi la oraşe. Tuberculoza seceră funcţionărimea. Spitalele se închid. Mortalitatea creşte. Natalitatea scade. Şcolile şi universităţile se închid. Analfabetismul se întinde, nivelul cultural al poporului scade“ [1]. Manifestul răspîndit de Comitetul Central al Partidului Comunist din Romînia, în noiembrie 1937, cuprindea 9 puncte privitoare la problemele sanitare de bază din acea perioadă şi chema muncitorimea la luptă pentru realizarea lor. În problemele sanitare rurale, manifestul cerea: „Organizarea de infirmerii în fiecare sat, cu sanitari şi moaşe, iar în satele mai mari să se organizeze, ca şi în oraşe, spitale; construirea de băi publice gratuite, sporirea numărului de medici la ţară, care să popularizeze măsurile profilactice; construirea de dispensare, grădiniţe de copii în mahalalele muncitoreşti, pe lîngă întreprinderile mari şi la sate: „organizarea în ţara întreagă de campanii de luminare a maselor asupra pericolului ce-l reprezintă bolile sociale: pelagra, sifilisul, tuberculoza, popularizarea măsurilor profilactice şi luarea măsurilor de lecuire a tuturor celor bolnavi de aceste boli pe contul statului“ [2].

Politica sanitară burgheză urmează aceeaşi cale a ipocriziei şi încercărilor de înşelare a maselor. În 1930 problema sanitară este din nou trecută pe plan secundar, prin reorganizarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Asigurărilor Sociale. Se elaborează legea sanitară de ocrotire din 4 iulie 1930 [3], care este precedată de o discuţie în cercurile medicale. Sub presiunea situaţiei sanitare dezastruoase, legea aduce o serie de principii bune privind unitatea de conducere, descentralizarea serviciului sanitar şi de ocrotire prin bugete sanitare independente; pentru populaţia rurală se prevede înfiinţarea Casei de ocrotire şi surori de ocrotire. Legea creează o unitate nouă: plasa sanitară, condusă de un medic igienist, care are la reşedinţa plăşii o casă de ocrotire cu un dispensar şi un mic laborator; tot medicul igienist conduce secţia de contagioşi a spitalului de plasă. Este ajutat de medicul de circumscripţie,

---

[1] *Documente* din istoria Partidului Comunist din Romînia, ed. P.M.R. 1951, pag. 271.

[2] 30 de ani de luptă a Partidului pentru ocrotirea sănătăţii poporului muncitor, „Revista ştiinţelor medicale“ nr. 4, 1951.

[3] Decretul nr. 2 515, Monitorul oficial nr. 154, 1930.

de oficianți sanitari, de surori de ocrotire și are misiunea să organizeze o activitate profilactică. Art. 73 prevede că : „comunele suburbane și rurale vor avea un medic la 10 000 de locuitori".

Toate aceste reforme au rămas pe hîrtie, fiind anulate de modificările ulterioare [1]. I. Moldovan recunoaște în 1940 că : „Legea din 1930, din nenorocire, nu s-a aplicat, chiar în dispozițiile ei privitoare la serviciul sanitar rural, iar printr-o modificare ulterioară a fost desființat medicul igienist..." [2].

Legea sanitară din 1933 prevede trecerea instituțiilor medicale de sub controlul organelor administrative locale la Ministerul Muncii, Sănătății și Asigurărilor Sociale ; tot prin această lege se unifică asigurările sociale. In 1939 se reorganizează Ministerul Sănătății și Asigurărilor Sociale. Diferitele măsuri care se mai iau „nu au putut duce la o îmbunătățire apreciabilă a sănătății publice în mediul rural", spune I. Moldovan în articolul citat.

Situația medicilor de circumscripție sanitară rurală, în perioada dintre cele două războaie mondiale, după însemnările doctorului Gh. Ulieru [3], este tot atît de proastă ca și cu o jumătate de secol în urmă.

In perioada dictaturii fasciste (1941—1944), toate resursele țării sînt puse la dispoziția hitleriștilor pentru războiul criminal antisovietic iar masele muncitoare sînt lăsate pradă mizeriei și bolilor. Starea sanitară se agravează tot mai mult. Natalitatea scade catastrofal, încît excedentul natural ajunge în 1945 la 0,6‰ (de la 14,8‰ în 1930). Dezastrul războiului pregătește terenul pentru epidemiile de tifos exantematic, care vor bîntui în 1945—1946.

In condițiile celei mai adînci ilegalități, Partidul Comunist din Romînia duce cu eroism lupta pentru doborîrea dictaturii fasciste, pentru eliberarea țării de sub jugul hitlerist și încetarea criminalului război antisovietic. Frontul Unic Muncitoresc, creat din inițiativa Partidului Comunist Romîn, cere în Manifestul din 1 Mai 1944, printre *cerințele imediate :* „Autonomia și reorganizarea asigurărilor sociale sub control muncitoresc ; școală gratuită, spitale gratuite, locuințe ieftine și igienice pentru toți cei ce muncesc" [4].

Legea sanitară din 1943, pentru motive de economii bugetare, aduce din nou principiul autonomiei locale a instituțiilor sanitare. Organizarea sanitară burgheză își stigmatizează sfîrșitul ei falimentar prin acel faimos „consiliu de patronaj", care-și trăgea veniturile din jefuirea teritoriilor ocupate în U.R.S.S. și care constituia o sursă de îmbogățire pentru cucoanele și politicienii fasciști, deveniți pentru necesitate filantropi.

Acestea au fost etapele organizării sanitare, fazele prin care a trecut asistența sanitară rurală din țara noastră. Aceste forme organizatorice și moștenirea dezastruoasă în domeniul sanitar, pe care ne-a lăsat-o regimul burgheziei și al moșierimii, demonstrează politica de clasă a

---

[1] Legile din 12 aprilie 1933 (Monitorul oficial nr. 87, 1933), 26 iulie 1934 (Monitorul oficial nr. 164, 1934) și 22 iulie 1935 (Monitorul oficial nr. 140, 1935).

[2] *I. Moldovan* și *M. Zolog* — Organizarea sanitară rurală din Romînia. *Revista de igienă socială,* anul X, nr. 1—6, 1940, pag. 920.

[3] *Gh. Ulieru* — Din carnetul unui medic de plasă.

[4] Documente din istoria Partidului Comunist din Romînia, Ed. P.M.R., 1951, pag. 356.

oligarhiei; ele dovedesc că orînduirea capitalistă, a cărei lege economică fundamentală este realizarea profitului maxim pentru clasa exploatatoare, nu poate rezolva problemele ocrotirii sănătății, că sistemul capitalist este dușmanul sănătății maselor muncitoare. Istoria asistenței sanitare rurale din țara noastră ne arată importanța legăturilor medicale romîno-ruse în dezvoltarea organizării sanitare, ne ilustrează rolul important pe care l-au avut savanții progresiști și medicii legați de mișcarea muncitorească în demascarea intereselor politicianiste, a lipsei de patriotism a burghezo-moșierimii — ceea ce a dus la o politică sanitară de clasă, ipocrită și demagogică, avînd drept rezultat jertfe nenumărate ale țărănimii — precum și în combaterea teoriilor medicale și biologice reacționare.

Mișcările revoluționare ale țărănimii au silit burghezia și moșierimea să aducă unele ameliorări în organizarea sanitară. Aspectul luptei de clasă s-a schimbat atunci cînd clasa muncitoare, organizată sub conducerea Partidului Comunist din Romînia, a început lupta împotriva orînduirii capitaliste, apărînd și interesele țărănimii.

Astăzi, după 10 ani de la eliberarea patriei noastre de către glorioasa Armată Sovietică, privim cu mîndrie rezultatele obținute de regimul democrat-popular în domeniul sanitar cel mai năpăstuit, cel al asistenței rurale. Asistența medicală gratuită, calificată și accesibilă, devine pe zi ce trece o realitate în lumea satelor. Asigurările sociale de stat cuprind toți salariații agricoli. Secțiile sanitare ale sfaturilor populare conduc astăzi asistența medicală. Rețelele de specialitate și rețeaua sanitară antiepidemică pătrund tot mai adînc în mediul rural.

Datorită ridicării stării economico-sociale și măsurilor de ocrotire a sănătății luate în mediul rural (dublarea numărului de circumscripții sanitare față de 1938, sporirea paturilor de spital, înființarea de puncte de sănătate, de case de naștere, de puncte farmaceutice etc.), bolile cu extindere de masă și bolile infecto-contagioase nu mai reprezintă flagele ale țărănimii. Mortalitatea generală la sate a scăzut cu o treime față de 1938, iar mortalitatea infantilă cu 50%.

Țărănimea muncitoare vede astfel în clasa muncitoare și în conducătorul ei, Partidul Muncitoresc Romîn, aliatul de nădejde care pentru prima oară i-a dat într-adevăr libertate, pămînt, cultură și îngrijire medicală. Ea înțelege că numai orînduirea socialistă poate aduce bunăstare și sănătate oamenilor muncii de la orașe și sate.

Országos Mészáki
Könyvtá
TULAJD

E R A T A

Pag. 14 tabelul 3 la medic de gardă în staţionar, coloana Interne bifazic se va trece cifra 2.

Intreprinderea Poligrafică nr. 2, str. Brezoianu nr. 23-25, Bucureşti — c. 2694

E 1772
R
KAT

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Országos Mű... Könyv... TULAJDONA...

Institut. de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
ОБМЕН - CSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - ...HA

3

1955

IULIE — SEPTEMBRIE

EM

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacţie: Dr. TIRNĂVEANU BASIL

Membri ai Colegiului de redacţie:

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr. COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHERGHIŢOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREŞAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PIRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ŞTEFĂNESCU LEON, dr. VÎLCOCI ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE.

Országos Műszaki Könyvtár TULAJDONA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul V iulie 3 septembrie 1955

SUMAR

Pag.

Dr. V. DUMITRESCU: Profilaxia, principiul de bază al ocrotirii sănătății publice 3

Conf. GH. CADARIU, dr. A. V. CRIȘAN și colaboratorii: Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timișoara 13

Dr. I. LĂPUȘAN: Metodologia cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă 33

Dr. I. STRUHL, dr. DOINA POPESCU, dr. VIORICA VASILIU: Unele rezultate obținute în urma aplicării graficului ciclic de muncă în rețeaua de copii a orașului Tîrgoviște 51

Conf. A. KELEMEN: Probleme de organizare a activității metodologice în institutele de învățămînt medical 60

Dr. GH. CĂLIN, dr. GH. CĂMĂRĂȘOIU: Legăturile organizatorico-funcționale ale dispensarului antituberculos în lupta împotriva tuberculozei extrapulmonare 76

Conf. I. SPIELMANN: Critica leninistă a „idealismului fiziologic" . . . 84

EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

	стр
В. ДУМИТРЕСКУ — Профилактика — основной принцип народного здравоохранения	3
Г. КАДАРИУ, А. В. КРИШАН и соотр. — Заболеваемоть с временной потерей трудоспособности на некоторых текстильных предприятиях области Тимишоара	13
И. ЛАПУШАН — Методика изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности	33
И. СТРУЛ, Д. ПОПЕСКУ, В. ВАСИЛИУ. — Некоторые результаты применения циклического графика работы в педиатрической сети города Тырговиште	51
А. КЕЛЕМЕН — Вопросы организации методологической работы в медицинскх учебных заведениях	60
Г. КАЛИН, Г. КАМАРАЩОИУ — Функционально-организационные связи противотуберкулезного диспансера в деле борьбы с внелегочным туберкулезом	76
И. СПИЛМАН — Критика „физиологического идеализма" согласно учению Ленина	84

Profilaxia, principiul de bază al ocrotirii sănătății publice

Dr. V. Dumitrescu
Inspector general sanitar de stat adjunct

Grija pentru ocrotirea și întărirea continuă a sănătății poporului este una din problemele de bază ale statului de democrație populară și constituie o permanentă preocupare a partidului și guvernului.

Realizările obținute de statul nostru în toate domeniile de activitate, cît și în domeniul ocrotirii sănătății poporului au fost posibile prin sprijinul efectiv ce l-am primit din partea U.R.S.S. și prin faptul că la baza orientării muncii de ocrotire au stat învățămintele ce le-am tras din vasta experiență și marile succese ale U.R.S.S.

Succesele în domeniul ocrotirii sănătății poporului în Uniunea Sovietică au fost posibile numai datorită creșterii continue a nivelului material și cultural al oamenilor muncii, caracterului popular și bazei profilactice a sistemului de ocrotire a sănătății, cît și introducerii în practică a celor mai noi cuceriri ale științei medicale înaintate.

Medicina sovietică, înarmată cu învățătura marxist-leninistă, a demonstrat că cea mai nobilă sarcină a medicinei este prevenirea bolilor, că principiul de bază al ocrotirii sănătății publice este „profilaxia", că viitorul este al medicinei preventive.

Profilaxia are menirea de a crea condiții sanitare de muncă și de trai pentru a preveni îmbolnăvirile, de a menține și a întări sănătatea poporului, de a crește capacitatea de muncă, de a prelungi viața și a dezvolta multilateral personalitatea morală și fizică a omului muncitor.

Aplicarea principiului profilaxiei în mod just este posibilă numai în orînduirea socialistă în care se asigură întărirea și dezvoltarea forțelor fizice și morale ale poporului.

Soloviov, pe drept cuvînt, a spus că medicina din țările capitaliste nu poate păși pe calea profilaxiei, fără a risca să zdruncine însești temeliile sistemului capitalist de exploatare.

In țările capitaliste medicul este pregătit pentru comercializarea medicinei. Capitalismul nu este și nu poate fi interesat în ocrotirea sănătății muncitorilor, pentru că în goana după profituri maxime este interesat numai de cantitatea maximă a forței de muncă ce poate fi pusă în funcțiune într-o zi de lucru.

Cercurile conducătoare ale lagărului capitalist îndeamnă oamenii de știință din aceste state să găsească și să experimenteze metodele de exterminare în masă a populației pașnice, în timp ce în lagărul păcii, în frunte cu U.R.S.S., oamenii de știință sînt preocupați de găsirea celor mai savante forme organizatorice și a celor mai potrivite metode pentru apărarea sănătății, comoara cea mai de preț în construirea vieții noi.

Operei de organizare a ocrotirii sănătății publice trebuie să i se dea o bază științifică, eliberată de tot ceea ce a fost rău în regimul trecut.

Din articolele publicate la noi în anii anteriori, cu privire la ocrotirea sănătății, rezultă că principiul profilaxiei a început să fie aplicat de rețelele medico-sanitare. Mai sînt însă cadre care au rămas la concepția retrogradă a practicii pur curative a medicinei.

Această situație se explică și prin faptul că însăși noțiunea de profilaxie nu este bine înțeleasă, crezîndu-se de foarte mulți că profilaxia este legată strict numai de combaterea și prevenirea bolilor transmisibile, pe cînd în realitate profilaxia este mult mai largă și bolile transmisibile cuprind numai un aspect al problemei.

Este adevărat că, în prezent, practica ocrotirii sănătății publice, ne arată că unul din obiectivele de primă importanță este soluționarea unor probleme privind profilaxia bolilor transmisibile și a îmbolnăvirilor profesionale.

Intreaga rețea medico-sanitară trebuie să fie preocupată de aplicarea unei concepții sănătoase juste, concepția materialist-dialectică, aplicată în mod creator de marele Pavlov, după care organismul trebuie privit ca un tot unitar într-o continuă interacțiune și într-o indisolubilă unitate cu mediul ambiant.

In lumina acestei interpretări, profilaxia devine una din cele mai importante principii de bază ale medicinei, iar muncitorii sanitari trebuie să fie pătrunși de faptul că nu este suficient a trata o boală, fără a cunoaște cauzele care au produs-o; despre aceasta I. P. Pavlov a spus: „cunoașterea cauzelor care produc îmbolnăviri reprezintă lucrul cel mai important în medicină. In primul rînd, numai cunoscînd cauzele putem lupta împotriva lor. In al doilea rînd — aceasta este și mai important — ea poate fi oprită înainte de a-și începe acțiunea, înainte de a pătrunde în organism. Numai cunoscînd toate cauzele bolilor medicina de astăzi se transformă în medicina viitorului".

Cercetînd cu atenție problemele de etiologie a bolilor vom ști asupra căror factori ai mediului extern, ai condițiilor de trai și muncă, trebuie să acționăm pentru a putea preveni îmbolnăvirile și prin aceasta să păstrăm întreaga capacitate de muncă a omului. A înțelege astfel problema, înseamnă a concepe profilaxia ca o preocupare care trebuie să constituie farul călăuzitor al unei activități eficace de ocrotire a sănătății publice, principiu indisolubil legat de construirea socialismului.

Pe cît este de adevărat, că fără cunoașterea proceselor care se petrec în organism și a cauzelor lor, igieniștii și organizatorii de sănătate nu trebuie să elaboreze măsuri cu caracter profilactic, tot atît de just este faptul că clinicienii nu trebuie să pună un diagnostic fără a cunoaște etiologia bolii, etiologie care de cele mai multe ori este legată de mediul extern, sub toate aspectele sale.

Tov. N. Jukov-Verejnikov, în articolul „Să întărim legătura dintre știința și practica ocrotirii sănătății publice" publicat în Mediținskii rabotnik, atrage în mod serios atenția asupra rupturii inadmisibile care există între organizatorii de sănătate publică, epidemiologi, igieniști și clinicieni, ceea ce duce la o discordanță în elaborarea și aprecierea măsurilor profilactice.

Cele relatate de N. Jukov sînt valabile și pentru noi.

Dacă o mare parte din rețelele curativo-profilactice se preocupă de

om, fără a se preocupa şi de condiţiile de trai şi muncă, o mare parte dintre igienişti se preocupă de mediul extern, fără a se preocupa de acesta prin prisma influenţei lui asupra organismului, demonstrînd astfel lipsa unei juste orientări care trebuie remediată.

Formele organizatorice ale reţelei curativo-profilactice în vederea unei mai bune deserviri a populaţiei, trebuie să asigure, nu numai ridicarea calităţii muncii curative a medicului, dar aceste forme organizatorice au un rol deosebit de însemnat pentru promovarea şi dezvoltarea principiilor profilactice, care trebuie să caracterizeze medicina curativă.

Medicii din policlinică şi spital, prin aceste forme organizatorice noi, au o strînsă legătură şi cu terenul, ceea ce le dă posibilitatea să cunoască îndeaproape condiţiile de viaţă ale bolnavului, fapt care are importanţă pentru a sezisa mai bine factorii etiologici, care influenţează evoluţia procesului patologic.

Cea mai vie şi consecventă întruchipare a sintezei dintre medicina profilactică şi cea curativă o constituie metoda dispensarizării populaţiei, metodă utilizată cu bune rezultate în U.R.S.S. şi care înseamnă :

— Luarea în evidenţă a anumitor grupe de persoane sănătoase.

— Depistarea activă a bolnavilor, mai ales în stadiile iniţiale ale bolii.

— Luarea în evidenţă, urmărirea şi tratamentul unor grupe de bolnavi.

— Studierea sistematică a stării sănătăţii populaţiei, a dinamicii morbidităţii şi a factorilor de mediu extern, care condiţionează această morbiditate.

— Instituirea măsurilor de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi de trai.

— Repartizarea oamenilor la munci adecvate, în conformitate cu starea sănătăţii lor.

Sectorul curativo-profilactic va trebui să găsească forma organizatorică şi metodologică mai potrivită pentru ca metoda dispensarizării, metodă superioară de asistenţă curativă profilactică, să fie aplicată cît mai just.

Cadrele sectorului sanitaro-antiepidemic, trebuie să părăsească vechea atitudine de a se rezuma numai la prescrierea unor măsuri sanitare rigide, fără să analizeze cum influenţează deficienţele de ordin sanitar asupra organismului şi ce influenţă asupra organismului vor avea măsurile luate pentru îndepărtarea acestor deficienţe.

De aceea, unul din indicii de eficienţă ai activităţii sectorului sanitar îl constituie morbiditatea cît mai scăzută.

Deşi profilaxia nu reprezintă un domeniu de activitate exclusiv al organelor ocrotirii sănătăţii, totuşi acestora din urmă le revine sarcina să fie iniţiatorii acţiunii de înrădăcinare a principiului profilactic în diferite domenii ale vieţii de stat.

Aplicarea acestui principiu este în primul rînd o sarcină de bază şi o datorie a oricărui cadru medico-sanitar ; succese în acest domeniu nu se pot obţine decît ducîndu-se o muncă complexă şi aceasta se realizează printr-o perfectă colaborare între toate reţelele medico-sanitare şi printr-o unitate de acţiune.

Continua dezvoltare economică şi culturală în ţara noastră, pune

sarcini dintre cele mai importante în fața organelor ocrotirii sănătății publice și în special a activității profilactice.

In dezvoltarea continuă a societății, dintre toate sectoarele de ocrotire a sănătății populației, cel care este chemat să aplice, să îndrume, să coordoneze și să vegheze asupra modului cum se aplică principiul profilaxiei, atît de către rețelele medicale, cît și de alte organe de stat, este sectorul sanitar.

Acest sector cercetează starea sanitară a teritoriului, studiază și analizează din punct de vedere sanitar relațiile de interdependență dintre factorii de mediu și organism, dintre individ și colectivitate, precum și relațiile existente între colectivități.

Pe baza acestor date, sectorul elaborează măsurile adecvate pentru a înlătura factorii cu acțiune nocivă asupra sănătății, spre a preîntîmpina apariția îmbolnăvirilor, pentru a reduce morbiditatea și a lupta pentru asigurarea unor condiții mai bune de muncă și trai. In modul acesta se asigură păstrarea și îmbunătățirea sănătății, creîndu-se condițiile necesare pentru dezvoltarea normală a organismului și păstrarea capacității de muncă a omului.

Sovieticii spun pe drept cuvînt că „personalul acestui sector sînt prietenii din umbră ai poporului".

Ei îi numesc „prietenii din umbră", fiindcă măsurile lor se raportează la ocrotirea sănătății în masă și nu individual, iar munca lor, cît și realizările lor, sînt în parte necunoscute maselor și deci acestea nu pot aprecia că starea sănătății lor bune se datorește pe lîngă alți factori, ca ridicarea standardului de viață, cultural etc. și măsurilor luate de sectorul sanitar prin îndepărtarea factorilor nocivi sănătății populației.

Vaccinările, controalele periodice preventive, avizările sanitare pentru tot ceea ce se construiește și se reconstruiește în toată țara, grija permanentă pentru ca să fie consumată o apă de bună calitate, controlul alimentelor care trebuie să aibă o valoare nutritivă normală și să nu constituie un pericol de îmbolnăvire, grija ca procesul de învățămînt să se desfășoare în condiții de sănătate, controlul sanitar curent, din întreprinderi, fabrici și în sectorul agricol, pentru ca munca să se desfășoare în bune condiții sub raportul sanitaro-antiepidemic, sînt tot atîtea măsuri ce trebuie luate pentru ocrotirea sănătății oamenilor muncii și pentru creșterea capacității lor de muncă.

In U.R.S.S. rețelele sectorului sanitar sînt bine organizate și utilizează metode eficiente de muncă, elaborate pe baza cercetărilor științifice, ceea ce a făcut ca sectorul sanitar din U.R.S.S. să fie bine cunoscut și de marea masă a populației, să fie solicitat și ajutat de popor, pentru a duce la îndeplinire sarcinile importante ce îi revin.

U.R.S.S., în urma sistemului avansat de ocrotire a sănătății publice, la baza căreia stă medicina preventivă, a obținut mari realizări.

Statul sovietic cheltuiește anual sute de milioane de ruble pentru educația sanitară a marilor mase de populație, pentru vaccinări împotriva variolei, difteriei, tuberculozei etc., cît și pentru găsirea celor mai eficiente substanțe de luptă contra insectelor și rozătoarelor: astfel s-a ajuns să se utilizeze substanțe cu foarte mare eficiență cum sînt: DDT pentru insecte (muște, gîndaci, ploșnițe etc.) și ANTU pentru șoareci și șobolani.

Ca urmare a aplicării principiului profilaxiei au fost lichidate multe

boli ca : ciuma, holera, variola, tifosul exantematic, iar alte boli contagioase au fost reduse în mod simțitor, astfel numărul cazurilor de febră tifoidă a scăzut cu de 7 ori față de situația dinainte de război.

Malaria constituia în Rusia una din marile probleme ale sănătății populației, numărul cazurilor fiind de milioane.

După Marea Revoluție din Octombrie, institutele de cercetări și clinicile înființate în anul 1922 pe problema malariei au primit sarcina de a studia această problemă și de a găsi mijloacele eradicării acestei boli.

In urma studiilor și măsurilor preconizate de oamenii de știință de talia lui Martinovski, Skriabin, malaria a fost eradicată în U.R.S.S.

Succese importante au fost obținute în ce privește profilaxia tuberculozei și tratamentul ei. In această privință metodele dispensarizării, ale tratamentului sanatorial, îmbunătățirea condițiilor de muncă și de trai, au jucat un rol de seamă, datorită cărora s-au obținut scăderea accentuată a îmbolnăvirilor, cît și a mortalității prin această boală.

In cancer de asemenea au fost obținute frumoase realizări, mergîndu-se pe depistarea formelor incipiente ale bolii și aceasta este posibil prin examinarea în masă a grupelor organizate ale populației, ceea ce a dus la scăderea numărului de forme avansate ale bolii, bolnavul fiind luat în tratament chiar de la începutul bolii.

In ceea ce privește silicoza în U.R.S.S. aceasta și-a găsit rezolvarea : astfel au fost introduse o serie de măsuri tehnico-sanitare de asanare a prafului la locul de muncă, cum este perforajul umed, deci se utilizează în special în mine aparate de perforat care o dată cu perforatul, aruncă un jet de apă, care antrenează praful și pe lîngă aceasta se adaugă ventilația artificială, cît și iradieri cu raze ultraviolete.

Pe lîngă aceste măsuri tehnico-sanitare, au fost introduse măsurile medico-sanitare, ca examenul medical la angajare, cît și examene medicale periodice ce se țin la 3-6 luni pentru toți muncitorii expuși prafului.

Față de importanța ce s-a dat combaterii acestei boli, statul sovietic a elaborat un decret care prevedea între altele :

— ziua de muncă de 6 ore și un concediu suplimentar de 24 de zile ;

— întîietatea la trimiterea la casele de odihnă, în stațiuni balneare etc.

O confirmare importantă a succeselor în combaterea silicozei, în U.R.S.S. o constituie lipsa cazurilor noi de îmbolnăviri în timpul ultimilor 2-3 ani.

Intreprinderile unde se lucrează cu plumb constituie o adevărată nenorocire pentru muncitori în Anglia, unde procentul intoxicațiilor cu plumb este foarte ridicat.

In U.R.S.S., în urma măsurilor preventive de eliminare a prafului din încăperile întreprinderii, mărirea rezistenței muncitorilor printr-o alimentație rațională științifică, plus controalele periodice ale muncitorilor, intoxicațiile cu plumb au ajuns ceva excepțional.

In prezent, industria U.R.S.S. folosește din ce în ce mai mult mașini, mecanisme legate de formarea cîmpurilor electrice și a iradiațiilor de tot felul. Cu toate că aceste domenii de muncă sînt extrem de periculoase organismului uman, totuși prin străduințele Institutelor de cercetări științifice s-a ajuns să se găsească metodele și măsurile pentru ca aceste întreprinderi să nu constituie un pericol pentru muncitor și pentru vecinătăți.

Organizarea ocrotirii sănătății muncitorilor din întreprinderile indus-

triale poate servi ca exemplul cel mai concludent al modului cum sistemul socialist sovietic se îngrijeşte de sănătatea celor ce muncesc.

Intreprinderile sînt deservite de puncte de servicii medicale care dau primul-ajutor în caz de accident sau de îmbolnăviri, dacă este necesar îndreaptă bolnavii la instituţii curative corespunzătoare.

Instituţiile medicale înregistrează pe toţi muncitorii care solicită mai des instituţiile sanitare; aceştia sînt examinaţi foarte amănunţit căutîndu-se adevărata cauză a bolii. Uneori schimbarea locului de muncă face ca muncitorul să-şi recapete sănătatea, alteori acesta este supus unui regim dietetic special, iar în alte cazuri bolnavul este trimis la un sanatoriu sau la o staţiune balneară.

Instituţii însemnate sînt „sanatoriile de noapte" ale întreprinderilor. Sensul acestor instituţii constă în faptul că în anumite situaţii se dă muncitorilor posibilitatea de a-şi continua în acelaşi timp activitatea şi de a-şi îmbunătăţii sănătatea.

Aceşti muncitori vin după ziua de muncă direct la sanatoriul de noapte. Acolo ei se spală, îşi schimbă hainele, primesc o alimentaţie mai substanţială, se odihnesc noaptea în condiţii igienice bune, iar dimineaţa capătă un supliment de hrană şi apoi pleacă la muncă.

O grijă deosebită există pentru aprovizionarea populaţiei cu alimente cantitativ şi calitativ. In bugetul pe anul 1953, volumul investiţiilor pentru construcţiile de noi întreprinderi şi reconstrucţia întreprinderilor existente, care aparţin M. I. A. şi Ministerului Mărfurilor Industriale de larg Consum, a crescut de trei ori în comparaţie cu 1940. Concomitent s-a pus problema îmbunătăţirii calităţii producţiei în întreprinderile acestor ministere. Pentru asigurarea calităţii produselor alimentare, au fost date dispoziţii că nici un aliment nu se poate produce în întreprinderi decît pe bază de stas sau de norme interne de producţie aprobate de organele sanitare, fiecare mare întreprindere trebuind să aibă un laborator pentru analizele purităţii, din punct de vedere al microbilor, cît şi al conţinutului în principii alimentare.

Organele medico-sanitare au ca sarcină controlul riguros al condiţiilor igienico-sanitare de producţie alimentară, urmărind aplicarea stasurilor de producţie.

Pentru a preîntîmpina construcţia întreprinderilor după bunul plac, în U.R.S.S. au fost întocmite proiecte tip de construcţii şi în permanenţă se revizuiesc cele vechi pentru a se introduce noi cerinţe igienice, faţă de amenajare, înzestrare, tehnologie, întreţinere şi exploatare, care să corespundă sarcinilor trasate de guvern şi partid.

De asemenea, o atenţie deosebită s-a acordat şi întreprinderilor producătoare de larg consum, mai ales din industria de vîscoză, pielărie şi textile. In această privinţă se desfăşoară o muncă perseverentă pentru a exclude influenţele nocive (praful — reziduurile lichide) ce le-ar putea avea asupra muncitorilor, cît şi asupra vecinilor.

Au fost introduse: perimetre de protecţie stabilite prin lege (adică în jurul întreprinderilor trebuie să existe o zonă în care nu se pot construi locuinţe, creşe, cămine etc.); aparate de captat fumul, praful, cît şi diferite construcţii pentru a face inofensive apele şi resturile acestor întreprinderi.

O atenţie de asemenea deosebită a fost acordată intensificării construcţiilor de locuinţe.

In anul 1953-54, cheltuielile din bugetul statului pentru construcția de locuințe depășesc aproape de 4 ori fondurile destinate acestui scop în anul 1940.

O dată cu intensificarea construcțiilor, s-a trecut și la o serioasă îmbunătățire a construcției în sine, aceste construcții trebuind să fie în concordanță cu datele științei igienice. Nu se admite darea în folosință a blocurilor de locuit, dacă nu au la punct alimentarea cu apă și canalizarea, asigurarea terenului pentru jocul copiilor, cît și existența spațiilor verzi.

Construirea instituțiilor medicale: spitale, policlinici, instituții de copii (creșe, cămine), școli, care se desfășoară într-un ritm rapid, constituie o mare atenție pentru organele sanitare în ceea ce privește amplasarea lor, planificarea și amenajarea terenului, față de înzestrarea lor tehnico-sanitară și aceasta în vederea respectării cerințelor igienice necesare apărării și întăririi organismului celor ce vor locui în aceste construcții.

In general, toate construcțiile, reconstrucțiile, amenajările, procesele tehnologice, alimentările cu apă, canalizările, nu pot fi efectuate decît după ce au avizul sanitar dat de cadre cu multă competință în acest domeniu.

La baza respectării cerințelor igienico-sanitare stau legile statului, conștiinciozitatea înaltă a omului sovietic.

Medicina preventivă are succese importante și în domeniul agriculturii astfel că în acest sector s-au făcut studii și s-au aplicat o serie de măsuri de prevenire a îmbolnăvirilor prin intoxicație a colhoznicilor și a sovhoznicilor, care lucrează cu substanțe chimice utilizate, fie ca substanțe de îngrășămînt pentru pămînt, fie pentru distrugerea diferitelor insecte ca gîndacul de Colorado sau a altor insecte ce distrug pomii sau culturile.

Au mai fost făcute studii și s-au luat măsuri în diferite S.M.T.-uri pentru a se îndepărta toate deficiențele dăunătoare sănătății muncitorilor agricoli ca trepidațiile ce le face tractorul, inhalarea de gaze pe care le elimină tractorul, insolațiile etc.

Organele sanitare raionale și regionale țin un contact strîns cu conducătorii colhozurilor și sovhozurilor și obțin de la ei introducerea unei ordine exemplare în taberele de cîmp, crearea de condiții necesare de trai pentru colhoznici și mecanizatori și aprovizionarea lor cu haine de protecție.

Muncitorii sanitari vizitează cîmpul cel puțin o dată pe săptămînă. Aci ei dau consultații, țin conferințe. In urma indicațiilor date de medici, în foarte multe tabere de cîmp au fost introduse instalații de dușuri și construite terenuri de sport.

In țara noastră rețeaua sectorului sanitar a luat o puternică dezvoltare în ultimii 6—7 ani și utilizarea metodelor de luptă antiepidemică și a celor două metode de bază: controlul sanitar curent și controlul sanitar preventiv, s-au îmbunătățit simțitor.

De altfel roadele începutului aplicării acestui principiu în țara noastră se și văd, deoarece au fost obținute unele rezultate concludente, astfel:

Ridicarea nivelului de trai a populației a permis cadrelor sanitare

să înregistreze o scădere a morbidității și mortalității prin principalele boli infecto-contagioase, astfel febra recurentă a dispărut complet.

Tifosul exantematic a scăzut cu 98% față de 1948, în prezent înregistrîndu-se numai cazuri foarte rare.

Malaria a scăzut cu 99% față de anul 1948. Bolile ca difteria, scarlatina, rujeola, care în trecut înregistrau un mare număr de cazuri, astăzi sînt într-o continuă scădere și mai ales a deceselor care s-au redus la cifre neînsemnate.

Creșterea numărului de case de naștere în mediul rural precum și înființarea a numeroase maternități și secții de maternitate în mediul urban, concomitent cu acordarea asistenței medicale calificate la domiciliu, au făcut ca astăzi 80% din femeile care nasc în țara noastră să aibă o asistență calificată la naștere.

Creșterea numărului de creșe, cămine, preventorii și spitale pentru copii, cît și organizarea coloniilor de vară în mod științific, arată grija deosebită pentru constructorii socialismului de mîine.

Anual sînt trimiși în tabere și colonii zeci de mii de copii, unde ei primesc o alimentație substanțială și o educație sănătoasă.

Ca urmare a condițiilor create de partid și guvern s-a reușit ca mortalitatea infantilă, care în trecut era de 18—20%, să scadă în 1954 la 8,9%, astfel că anual sînt salvați de la moarte zeci de mii de copii.

Dezvoltarea industrială a țării cere ca protecția muncii și igiena muncii să ocupe un loc important în preocupările de ocrotire a sănătății oamenilor muncii în țara noastră.

Studierea și aplicarea măsurilor de protecție a muncii cu ajutorul inițiativei și mijloacelor locale, acțiunile larg desfășurate în centrele muncitorești Cugir, Hunedoara etc., efectuarea unor mari lucrări de filtrare a apei la Uzinele Reșița și la Bacău, introducerea perforajului umed la minele Combinatului metalurgic de la Baia Mare, instituirea alimentației de protecție, introducerea perdelelor de protecție pe lîngă cazane, cuptoare ș.a.m.d., creșterea dispensarelor de întreprindere, toate acestea au făcut ca în scurt timp asistența medicală și apărarea sănătății clasei muncitoare să se deosebească cu mult de ceea ce a fost ea în trecut.

Stațiunile balneo-climaterice puse la dispoziția clasei muncitoare și a țărănimii muncitoare conform liniei generale a politicii sanitare, trasată de Partidul Muncitoresc Romîn și de guvern, tratează mii și mii de muncitori, redîndu-i muncii în condiții superioare de sănătate. Atît eficacitatea stațiunilor, cît și posibilitățile de tratament au crescut simțitor.

Cu toate aceste rezultate, în această direcție mai avem multe de făcut.

Formele organizatorice ale ocrotirii sănătății publice nu sînt stabile, statice; ele se modifică în funcție de sarcinile ce stau în fața organelor sanitare, legate de nevoile mereu crescînde ale populației, de continua dezvoltare economică a țării, de nivelul la care a ajuns știința medicală în continuu progres.

Ministerul Sănănății, bazat pe vasta experiență sovietică, în acest domeniu trebuie să fie preocupat de a găsi formele de organizare cele mai potrivite și alegerea metodelor de muncă cele mai eficiente, pentru promovarea sănătății poporului muncitor. De asemenea este o sarcină a Institutului de organizare a ocrotirii și a celorlalte institute de profil,

cît şi a reţelei de bază, de a veni — pe baza cercetărilor şi experienţei de teren — cu sugestii în această privinţă.

La alegerea formelor organizatorice, cît şi a metodelor de muncă, trebuie să se ţină seama: de volumul problemelor, de variabilitatea lor, de urgenţa lor, de morbiditatea în problemele pe care le ridică profilaxia la noi în ţară, de posibilităţile de realizare a cerinţelor, în ceea ce priveşte cadrele şi baza materială etc.

Forma organizatorică a acestei reţele trebuie să fie adecvată specificului teritoriului respectiv, unităţile în care se desfăşoară activitatea trebuie dotate cu aparatura necesară şi instrumentar de laborator pentru a putea cerceta diferiţi parametri ai mediului, cadrele să fie bine pregătite şi să-şi însuşească cunoştinţe precise în domeniul cunoaşterii mediului, reţeaua sanitară trebuie să devină o reţea tehnică cu un profil bine stabilit.

La alegerea formei organizatorice, mai trebuie ţinut seama de faptul că reţeaua sanitară, mai mult ca oricare altă reţea, trebuie să aibă o justă orientare politică şi să lupte pentru transpunerea în viaţă cît mai rapid a măsurilor igienico-sanitare preconizate.

Pentru ca principiul profilaxiei să poată fi just aplicat şi să dea roade, un rol important în pregătirea viitorilor medici îl au I. M. F.-urile.

Institutele de medicină trebuie să educe pe studenţi în concepţia că în viitoarea lor activitate medicală, indiferent de profilul medical care-l vor avea, medicina socialismului este medicina preventivă; că ei trebuie să privească omul în interdependenţa lui cu mediul, că trebuie să lupte pentru prevenirea îmbolnăvirilor.

Din facultate ei trebuie să înţeleagă adevăratul rol de pion al ocrotirii sănătăţii publice şi nu numai de terapeuţi ai bolnavilor ce le solicită ajutorul medical.

Incă din facultate trebuie consolidată în conştiinţa viitorilor medici concepţia că boala apare totdeauna din cauza unei tulburări a relaţiilor de adaptare a organismului la mediu, fie pentru că acesta din urmă a suferit anumite modificări, fie pentru că reactivitatea organismului s-a schimbat. Această orientare se poate realiza prin legarea teoriei de practică, prin aplicarea cunoştinţelor teoretice la realitatea concretă din teren.

Altă verigă importantă în imprimarea unei orientări profilactice a muncii medicale o constituie institutele şi centrele de cercetări ştiinţifice, care prin însuşi conţinutul lor transpun teoria în practică şi care trebuie să constituie nesecate izvoare de cuceriri ştiinţifice.

De aceea, conducerile Institutelor de medicină trebuie să lupte activ pentru reconsiderarea orientării profilactice în toate disciplinele care se predau în învăţămîntul medical.

Institutele şi centrele de cercetări ştiinţifice trebuie să fie în permanenţă preocupate de ridicarea nivelului tehnic profesional al reţelelor, prin justa lor orientare; pentru aceasta ele trebuie să găsească metode de muncă pentru a fi într-o permanentă colaborare cu reţeaua.

Porţile institutelor şi centrelor de cercetări ştiinţifice trebuie ca în

permanentă să fie deschise pentru cadrele din teren, acestea trebuind obișnuite să vină la institute pentru consultație profesională, consultații care trebuie date cu multă căldură și de așa manieră, încît solicitantul să simtă cu adevărat un sprijin efectiv.

Cadrele institutului, inclusiv directorii și șefii de secție, trebuie să aibă un plan de deplasare pe teren, tocmai pentru a ajuta efectiv rețelele, a ajuta justa orientare a muncii unității respective, cît și rezolvarea practică a problemelor din aceste unități împreună cu cadrele acelei unități.

In instituțiile de cercetări științifice trebuie să fie organizate birourile metodologice organizatorice; ele cuprind cele mai competente cadre ale institutului și constituie motorul institutului în rezolvarea unor probleme cum sînt: legătura cu rețelele, studierea și propunerea către Ministerul Sănătății a diferitelor forme organizatorice, întocmirea de instrucțiuni metodologice, legătura cu alte instituții (organe de stat sau organizații de masă) etc.

Prin acest birou se organizează introducerea în practică a noilor cuceriri științifice, se urmărește cum sînt aplicate acestea pe teren, rezultatele obținute, de asemenea prin el se antrenează cadrele de pe teren în problemele științifice și se organizează ridicarea nivelului tehnic profesional al acestor cadre.

Biroul organizatoric metodologic cunoaște și rezolvă din punct de vedere științific cu ajutorul institutului problemele acute pe care le ridică terenul.

O altă verigă importantă este antrenarea sfaturilor populare și a altor organizații de masă, organe de stat etc., cît și crearea în jurul rețelelor a unui vast activ de cetățeni pe care îl educă continuu, îl ține aproape de rețea, antrenîndu-l la rezolvarea multiplelor probleme de profilaxie.

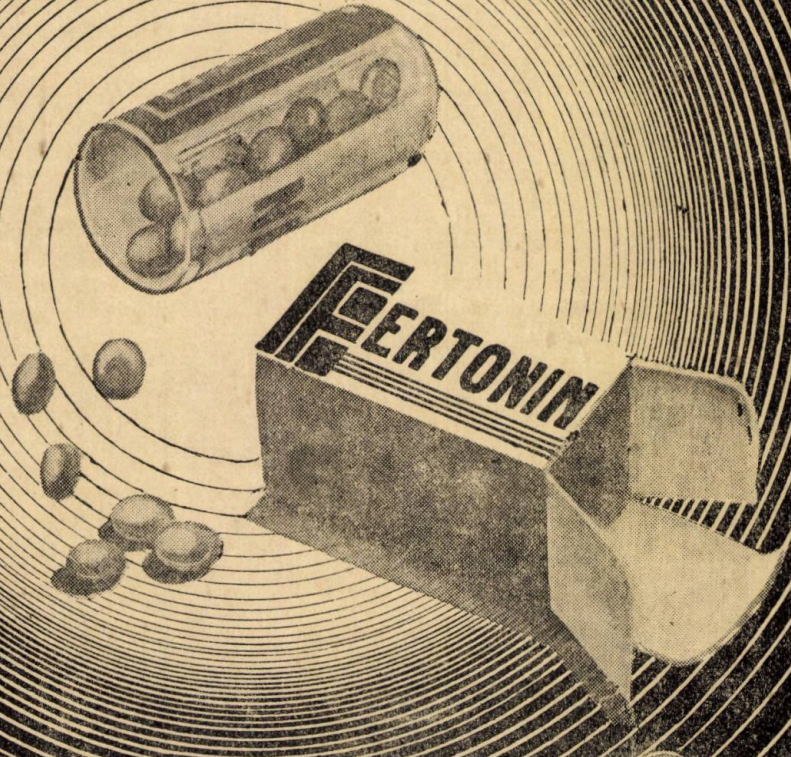
Un rol de seamă îl joacă munca de educație sanitară care trebuie să fie dusă continuu, sistematic, consecvent, utilizîndu-se un sistem concret, obiectiv, real și multilateral pentru educarea sanitară a maselor.

Aceste verigi importante în realizarea profilaxiei de către rețelele medico-sanitare, trebuie să constituie și preocuparea pentru direcțiile din Ministerul Sănătății, pentru ca în activitatea lor să imprime acest principiu și să urmărească aplicarea lui.

Rezolvarea trebuie începută chiar în centrala Ministerului Sănătății; întreaga muncă a Ministerului Sănătății trebuie dusă pe bază de plan complex dar nu planul complex așa cum este înțeles azi, adică planul comun al Inspecției sanitare de stat și cel al direcției antiepidemice. Planul fiind elaborat pe probleme, și nu pe sectoare, va trebui ca la rezolvarea unei anumite probleme din planul complex să apară paginile fiecărei direcții în parte, directorii direcțiilor urmărind executarea sarcinilor ce le revin pe linia lor, iar conducerea Ministerului Sănătății urmărind executarea planului complex de ocrotire a sănătății publice în ansamblul său, orientat pe linia profilactică.

Scopul cel mai înalt al științei medicale fiind slujirea poporului, principiile profilactice ale științei și practicii medicale trebuie să călăuzească eforturile oamenilor de știință și practicienilor ocrotirii sănătății spre o luptă activă pentru reducerea morbidității, spre consolidarea sănătății poporului.

FERTONIN



Se ia în anemia post hemoragică acută și cronică, anemia achilică și în anemii feriprive

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara

Conf. Gh. Cadariu, dr. A. V. Crişan şi colaboratorii*

Lucrare efectuată în cadrul filialei Timişoara a Institutului de Igienă al R.P.R.

Lucrarea de faţă privind profilul morbidităţii în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara are scopul de a scoate în evidenţă specificul morbidităţii legat de condiţiile mediului de lucru din această ramură industrială şi de a prezenta o situaţie comparativă a acestei probleme faţă de alte sectoare industriale.

Studiul morbidităţii reprezintă unul din factorii care precizează starea sănătăţii populaţiei. Obiectivul cel mai important al activităţii reţelei sanitaro-antiepidemice şi curativo-profilactice este scăderea morbidităţii generale a populaţiei şi scăderea zilelor de pierdere temporară a capacităţii de muncă, printre lucrătorii din toate ramurile de producţie. Or, pentru ducerea cu succes a luptei în vederea scăderii morbidităţii condiţia indispensabilă este tocmai aceea de a ţine o evidenţă precisă şi de a face o analiză aprofundată a acesteia, stabilind relaţiile ce există între condiţiile şi nocivităţile de mediu de la locul de muncă şi îmbolnăviri, de a scoate la suprafaţă cauzele bolilor, în vederea elaborării măsurilor pentru îndeplinirea acestor cauze. De aceea, studierea morbidităţii trebuie să stea la baza activităţii, atît a reţelei curativo-profilactice, cît şi a celei sanitaro-antiepidemice, ambele reţele în egală măsură interesate în scăderea morbidităţii.

In adevăr morbiditatea asociată cu pierderea temporară a capacităţii de muncă, dacă este bine studiată, constituie semnalul care ne arată încotro trebuie îndreptate măsurile igienico-sanitare de profilaxie generală şi specială, măsurile de protecţia muncii în vederea scăderii morbidităţii, iar pe de altă parte, studiul morbidităţii constituie unul din indicii cu adevărat obiectivi, care ne arată eficienţa măsurilor luate în vederea îmbunătăţirii condiţiilor de muncă.

In ultimii ani, prin grija Ministerului Sănănăţii şi a Consiliului Central al Sindicatelor, problema analizei morbidităţii şi a cauzelor ce duc la pierderea temporară a capacităţii de muncă, a devenit o preocupare permanentă a medicilor şi a comisiei de asigurări sociale din întreprinderi. Se întocmesc dări de seamă asupra structurii morbidităţii şi se analizează, împreună cu conducerea întreprinderilor, cauzele care determină cele mai frecvente şi cele mai grave îmbolnăviri. Numai în acest fel devine posibilă elaborarea măsurilor raţionale cu scopul reducerii morbidităţii cu pierdere temporară a capacităţii de muncă.

Dar scopul analizei morbidităţii pe baza datelor statistice, prelucrată după regulile şi mijloacele existente, nu este numai de a determina şi analiza structura morbidităţii şi, aşa cum arată Hoţianov, şi de a stabili

---

* Au colaborat la această lucrare Gh. Moise, Dankner A., Gh. Chiuhandu, din Secţia de igiena muncii, Institutul de igienă Timişoara: T. Ionescu, responsabil cu întreprinderile din Secţia sanitară a regiunii Timişoara; A. Gaja, M. Vîlceanu, igienişti ai muncii din sanepidurile regional şi orăşenesc Timişoara; Linţea şi Grepel din sanepidul raional şi Spitalul unificat Lugoj.

anumite legi mai mult sau mai puţin constante în dinamica morbidităţii, mai ales în privinţa unor anumite forme nosologice.

In felul acesta vom ajunge să cunoaştem şi să stabilim cum sînt formele de boală ce predomină în diferite ramuri de producţie. Stabilirea structurii morbidităţii, prin aşezarea grupelor nosologice în ordinea frecvenţei ne va seria volumul preocupările pe care teritoriul sau întreprinderea respectivă le prezintă în raport cu ordinea gravităţii şi importanţei problemelor sanitare ce se ridică aici.

Studiul morbidităţii pe ramuri de producţie este necesar şi folositor pentru faptul că sezisînd aspectele caracteristice ale structurii morbidităţii într-o anumită ramură industrială apare în relief legătura — interdependenţa — dintre condiţiile specifice ale mediului de lucru şi frecvenţa îmbolnăvirilor de anumite boli. Astfel, în afară de măsurile generale pentru scăderea morbidităţii, vor putea fi luate o serie de măsuri speciale îndreptate împotriva acestor boli care prin frecvenţa şi gravitatea lor constituie vîrfuri de morbiditate în diferite ramuri industriale.

Morbiditatea din industria textilă prezintă şi ea o serie de aspecte caracteristice condiţionate tocmai de specificul condiţiilor de muncă create de procesul tehnologic respectiv.

In cele ce urmează vom căuta să expunem aspectele generale mai caracteristice ale morbidităţii din cîteva întreprinderi din regiunea Timişoara, legată de factorii specifici ai mediului de lucru. Am căutat să grupăm la un loc întreprinderi cu caracteristici comune, cu condiţii generale asemănătoare.

Majoritatea fabricilor textile din Timişoara sînt aşezate în oraş. Cînd s-au clădit aceste fabrici n-a existat o preocupare pentru asigurarea unor condiţii igienico-sanitare, nici pentru muncitorii din interiorul fabricii, nici pentru populaţia din jur. Majoritatea acestor fabrici nu au în jurul lor spaţii verzi corespunzătoare. Nu întotdeauna aşezarea clădirilor acestora s-a făcut pe terenul cel mai potrivit, motiv pentru care multe din ele au pereţii cu igrasie.

Din punct de vedere al accesibilităţii pentru muncitori, fabricile din Timişoara au în general rezolvat transportul prin tramvaie, etc. Fabricile situate la distanţe mai mari de cartierele de locuit, au autobuze care asigură transportul muncitorilor.

Mai greu pare să fie această problemă pentru întreprinderile textile din Lugoj, unde o parte din muncitori fiind din satele din jur trebuie să parcurgă zilnic mai mulţi kilometri (circa 7 km), pentru a ajunge la locul de muncă (efort ce se adaugă la efortul din producţie). De altfel în ultima vreme problema transportului s-a rezolvat în parte şi este încă în curs de rezolvare, prin clădirea de locuinţe muncitoreşti pe lîngă întreprinderi şi autobuze. In întreprinderile din Timişoara apa potabilă şi apa industrială sînt asigurate în condiţii bune. Nu putem afirma acelaşi lucru despre întreprinderile textile din Lugoj, unde aprovizionarea cu apă potabilă rămîne încă o problemă de rezolvat. Clădirile întreprinderilor sînt în general fără etaj şi orientate corespunzător, fapt care a rezolvat în cea mai mare parte problema iluminatului natural ; iluminatul artificial, însă, nu corespunde peste tot cerinţelor igienice.

In ceea ce priveşte procesul tehnologic, majoritatea întreprinderilor textile din oraşul Timişoara şi Lugoj cuprind toate etapele de prelucrare din industria textilă, cu toate nocivităţile caracteristice acestei industrii :

In primele faze de prelucrare, praful vegetal sau animal, în impurităţi minerale, care poate fi şi un factor al microbilor patogeni sau al ciupercilor şi poate avea o acţiune mecanică iritantă a căilor respiratorii superioare şi a conjunctivei, diminuînd rezistenţa şi reactivitatea acestor mucoase faţă de microbi sau virusuri.

— Un microclimat monoton ce se îndepărtează de zona de confort în ţesătorii, o umiditate relativ ridicată şi iarna temperatura scăzută la albitorii.

— Datorită războaielor şi altor maşini, zgomotul şi trepidaţiile constituie de asemenea un factor nociv de importanţă apreciabilă.

— Procesul tehnologic al vopsirii este însoţit de degajarea în atmosfera încăperilor respective de gaze iritante, cum sînt vaporii nitroşi, hidrogenul sulfurat, vaporii de anilină etc., care au acţiuni iritante asupra mucoasei căilor respiratorii.

— Menţionăm ortostatismul, care în anumite condiţii poate deveni dăunător. Dar problema condiţiilor mediului de lucru nu constituie tema lucrării noastre, astfel încît nu insistăm asupra acestora.

In vederea unei analize a datelor de morbiditate cu pierdere temporară a capacităţii de muncă din cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara am folosit drept material principal pentru evidenţa acestei morbidităţi certificatele de concedii de boală.

Datele de morbiditate le-am adunat din întreprinderile textile studiate pe ultimii 4 ani (1951—1954). In cele ce urmează vom prezenta caracteristicile datelor obţinute:

a) In ce priveşte volumul morbidităţii generale, datele sînt comparabile atît cu cele ale autorilor sovietici, cît şi cu datele privitoare la morbiditatea într-o industrie textilă din Moldova, publicate de către Secţia de igiena muncii din Iaşi.

Rezumăm aceste date în tabelul 1.

Tabelul 1

cuprinzînd indicii de frecvenţă-gravitate şi durată medie din cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara, comparativ cu datele sovietice şi cu cele dintr-o întreprindere textilă din Moldova

Indicii	Norme sovietice	Intrep. textile din Moldova 1951	Cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara			
			1951	1952	1953	1954
Indicele de frecvenţă . .	80—100	101,4	109,9	86,5	106,6	107,2
Indicele de gravitate . .	800—900	843	962,3	864,2	895,6	1041,2
Indicele duratei medii .	8— 10	8,3	8,7	8,9	8,4	9,7

Din acest tabel reiese că indicele de frecvenţă (raportat la 100 de muncitori) l-am găsit ceva mai crescut în anii 1951, 1953 şi 1954, faţă de indicii sovietici şi frecvenţa aflată în industria textilă din Moldova. Indicele de gravitate este de asemenea puţin mai ridicat pe toţi anii, şi mai ales în 1954, decît termenii de comparaţie pe care i-am luat, iar în ce priveşte durata medie a îmbolnăvirilor, indicii din întreprinderile

Tabelul 2

Indici din cîteva întreprinderi textile din Regiunea Timişoara pe anii 1951—1952—1953—1954

	Codul	1951			1952			1953			1954		
		Frecv.	Gravit.	Durată medie	Frecv.	Gravit.	Durată medie	Frecv.	Gravit.	Durată medie	Frecv.	Gravit.	Durată medie
1	Tuberculoză pulmonară	2,37	111,66	47,10	1,81	93,21	51,23	1,60	99,56	62,20	1,4	132,21	93,77
2	Sifilis	0,07	2,76	36,42	0,05	1,02	19,4	0,01	0,85	16,16	0,07	1,19	16,83
3	Gripă	21,59	87,15	4,03	11,41	43,74	3,83	20,29	76,38	3,71	11,84	62,33	5,26
4	Angine, amigdalite	6,92	41,58	6,00	5,58	32,82	5,87	6,71	33,59	5,00	6,62	34,8	5,95
5	Boli infecţioase şi parazitare	1,16	20,50	17,53	1,25	27,88	22,15	1,48	29,48	19,84	1,3	32,23	24,73
6	Boli şi intoxicaţii profesionale	0,03	0,12	4,00	0,01	0,07	7	—	—	—	—	—	—
7	Reumatism poliarticular acut	6,61	54,03	8,92	4,89	42,20	8,61	6,37	50,76	7,96	7,39	64,16	8,67
8	Boli ale aparatului cardio-vascular	2,55	30,73	12,03	2,25	28,41	12,61	2,54	36,01	14,16	2,63	47,26	17,96
9	Boli acute ale căilor respiratorii	10,88	58,49	5,37	7,02	40,45	5,76	6,82	38,53	5,64	11,82	69,06	5,84
10	Pneumonii şi bronhopneumonii	0,77	10,08	12,94	0,94	9,23	9,80	0,91	11,02	12,04	0,93	15,17	16,42
11	Boli de dinţi şi ale cavităţii bucale	1,34	4,64	3,45	1,07	3,22	2,99	1,53	4,78	3,10	2,93	7,45	3,72
12	Boala ulceroasă	1,00	17,45	17,34	1,03	18,52	17,86	1,31	18,79	14,34	0,94	14,59	15,40
13	Boli de ficat şi căi biliare	4,15	45,28	10,89	4,64	56,69	12,20	4,43	44,88	9,67	5,45	45,59	8,36
14	Afecţiuni acute gastro-intestinale	7,71	53,11	6,88	6,64	44,23	6,65	8,32	45,57	5,47	8,05	43	5,33
		11,70	159,32		14,84	134,05		18,14	149,85				
15	Afecţiuni genitale feminine	17,60	105,89	9,05	10,96	94,73	9,02	11,10	91,73	8,25	13,31	105,15	7,77
16	Furuncule, carbuncule, abcese, flegmoane	2,88	23,18	8,02	3,87	32,25	8,33	3,63	25,12	6,91	5,01	37,04	7,39
17	Nevralgii, nevrite	1,49	8,97	6,00	0,63	5,88	9,26	1,76	14,28	8,07	1,23	6,77	3,5
18	Accidente în legătură cu producţia	2,03	25,96	12,76	1,75	19,75	10,96	2,18	25,65	11,71	1,65	25,2	15,19
19	Accidente în afara producţiei	2,73	20,92	7,64	2,47	24,23	9,79	2,82	23,52	8,33	3,32	31,03	9,32
20	Alte boli	21,89	294,53	10,71	20,74	247,28	11,92	22,74	228,01	10,02	21,9	266,76	12,13
	Morbiditate generală	109,97	962,34	8,75	86,51	864,23	8,90	106,60	895,60	8,40	107,14	1041,19	9,71

textile studiate din regiunea Timișoara sînt în limitele arătate de autorii sovietici și la același nivel cu indicii colectivului de la Iași.

Variațiile valorice la indicii găsiți de noi nu sînt însă atît de însemnate, avînd aproximativ același aspect al morbidității generale ca și în întreprinderile pe care le-am luat drept termen de comparație. Creșterea indicelui de gravitate din 1954 poate fi explicată prin ușoara creștere a duratei medii.

Am studiat apoi morbiditatea, căutînd să stabilim indici de intensivitate, pentru a vedea frecvența anumitor grupe de boli la 100 de muncitori din colectivitatea la care ne-am referit, apoi indici de extensivitate pentru a stabili structura morbidității și greutatea specifică a fiecărei grupe nosologice, considerînd totalul îmbolnăvirilor drept 100.

Tabelul al doilea arată indicii frecvenței, gravitatea și durata medie, calculați la 100 de muncitori pentru anii 1951, 1952, 1953 și 1954, iar graficul 1 prezintă acești indici de frecvență.

Analizînd acești indici, constatăm că în ordinea frecvenței printre muncitorii textiliști, bolile se situează conform datelor din tabelul 3 (în procente).

Tabelul 3

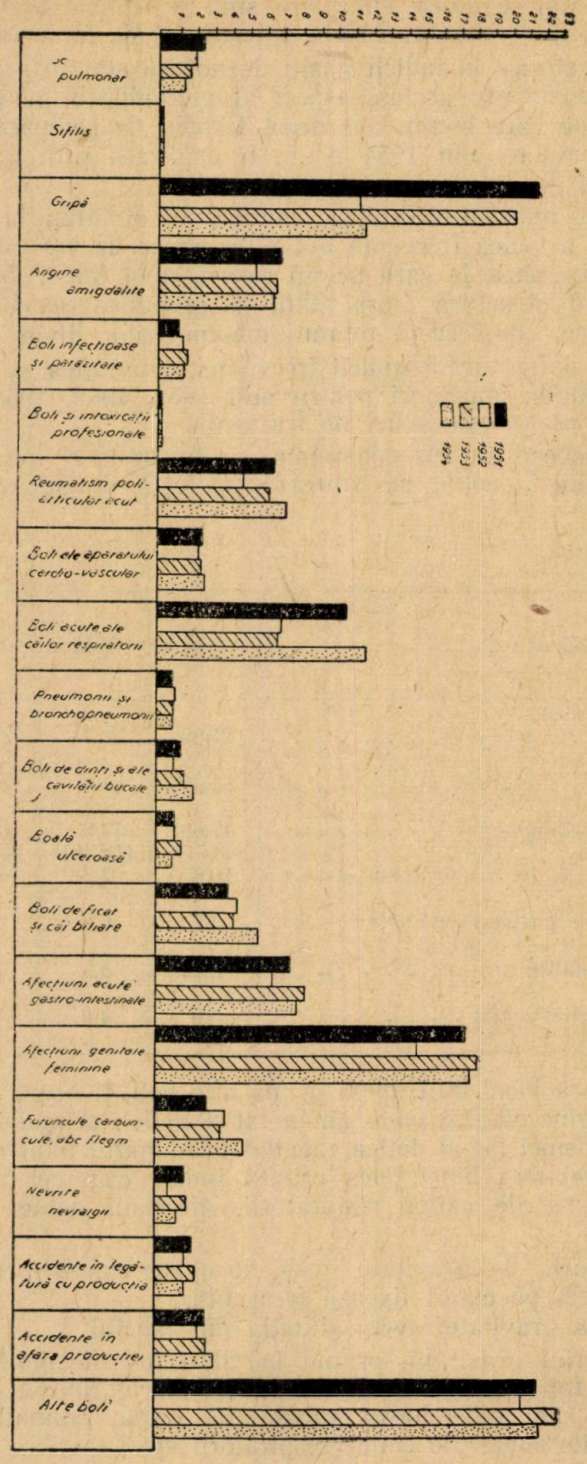
	Grupe de boli	1951	1952	1953	1954
1	Alte boli	21,89	20,7	22,7	21,9
2	Gripă	21,59	11,4	20,2	11,8
3	Afecțiuni ginecologice	17,60 (11,70)	14,8 (10,49)	18,1 (11,1)	19,2 (13,31)
4	Boli acute ale căilor respiratorii	10,88	7,2	6,8	11,8
5	Afecțiuni acute gastro-intestinale	7,7	6,6	8,3	8,05
6	Angine, amigdalite	6,92	5,5	6,7	6,6
7	Reumatism poliarticular	6,6	4,9	6,3	7,4

Observăm că locul întîi, după grupa alte boli, îl ocupă gripa, urmată de afecțiunile ginecologice unde am notat 2 indici, primul indice calculat la numărul de femei iar al doilea calculat la numărul total al muncitorilor din industria textilă; bineînțeles primul indice este cel real. Urmează apoi bolile acute ale căilor respiratorii, afecțiuni acute gastro-intestinale etc.

După indicele de gravitate, însă, locul pe care-l ocupă bolile nu coincide cu acela pe care-l fixează frecvența.

Astfel după gravitate, avem situația din tabelul 4.

După criteriul gravității, primul loc îl ocupă afecțiunile genitale la femei, care în toți 4 ani prezintă un indice foarte ridicat, 149, 159, 153, 105; urmează apoi tuberculoza pulmonară, gripa, reumatismul poliarticular acut, bolile acute ale căilor respiratorii etc.



GRAFICUL 1. — Indicele de frecvență din cîteva întreprinderi textile din regiunea Timișoara pe anii 1951-1952-1953-1954.

Tabelul 4

	Grupe de boli	1951	1952	1953	1954
1	Alte boli	234,0	247,2	228,0	266,7
2	Afecţiuni ginecologice	159,3 (105,8)	134,0 (94,7)	149,8 (91,7)	105,2
3	Tuberculoză	111,5	93,2	99,5	132,2
4	Gripă	87,1	43,7	75,3	62,3
5	Reumatism poliarticular	59	42,2	50,7	64,2
6	Boli acute ale căilor respiratorii	58,4	40,4	38,5	67,0
7	Afecţiuni acute gastro-intestinale	53,1	44,2	45,5	43,0
8	Bolile de ficat, căi biliare	45,2	56,6	42,8	45,6
9	Accidente în legătură cu producţia	25,9	19,1	25,6	25,2
10	Furuncule, carbuncule etc.	23,2	32,2	25,1	37,0

După durata medie a bolilor, acestea se succed conform situaţiei pe care o prezentăm în tabelul 5.

Tabelul 5

	Grupe de boli	1951	1952	1953	1954
1	Tuberculoză	47	51	62	93
2	Sifilis	36	19	16	17
3	Boli infecţioase şi parazitare	17	22	19	24
4	Boala ulceroasă	17	17	14	15
5	Boli ale aparatului cardio-vascular	12	12	14	18
6	Accidente în legătură cu producţia	12	11	11	15
7	Pneumonii şi bronhopneumonii	12	9	12	16
8	Boli ale ficatului şi căilor biliare	10	12	9	8
9	Alte boli	10	11	10	12
10	Afecţiuni ginecologige	9	9	8	7

Locul întîi, ca durată, îl ocupă tuberculoza, urmată de sifilis, boli infecţioase, boala ulceroasă, boli ale aparatului cardio-vascular, accidente etc.

Rezultă din cele trei tabele arătînd ordinea bolilor după cei 3 indici, că nu bolile cele mai frecvente au şi durata cea mai mare. In consecinţă preocupările noastre trebuie să se concentreze asupra unor grupe nosologice, nu numai în raport cu frecvenţa, ci şi cu gravitatea cu care ele se manifestă în anumite medii de muncă.

Analizînd indicii care exprimă structura morbidităţii, dacă considerăm toate îmbolnăvirile drept 100, în cei patru ani vom avea aspectul prezentat în tabelul 6 şi graficul 2.

Tabelul 6

Structura morbidităţii în citeva întreprinderi textile

	Grupe de boli	1951	1952	1953	1954
1	Gripă	19,6	13,1	19,04	11,05
2	Afecţiuni ginecologice	10,6	12,3	10,4	12,61
3	Afecţiuni acute ale aparatului respirator	9,9	8,1	6,4	11,03
4	Afecţiuni acute gastro-intestinale	7,0	7,6	7,8	7,5
5	Angine, amigdalite	6,2	6,4	6,3	6,2
6	Reumatism poliarticular acut	6,0	5,6	5,9	6,9
7	Boli de ficat şi căi biliare	3,7	5,3	4,1	5,08
8	Furuncule, carbuncule, abcese, flegmoane	2,6	4,4	3,4	4,6
9	Boli ale aparatului cardio-vascular	2,3	2,6	2,3	2,5
10	Tuberculoză pulmonară	2,1	2,1	1,5	1,3
	Sifilis	0,06	0,06	0,04	0,06
	Boli infecţioase şi parazitare	1,1	1,4	1,3	1,2
	Boli şi intoxicaţii profesionale	0,02	0,01	0,8	—
	Pneumonii şi bronhopneumonii	0,7	1,1	1,4	0,9
	Boli de dinţi şi afecţiuni ale cavităţii bucale	1,2	1,2	1,2	1,9
	Boala ulceroasă	0,9	1,1	1,6	0,9
	Nevralgii, nevrite	1,3	0,9	2,05	1,2
	Accidente de muncă	1,8	2,02	2,05	1,5
	Accidente în afară de producţie	2,4	2,8	2,6	3,1
11	Alte boli	19,9	23,9	21,3	20,5

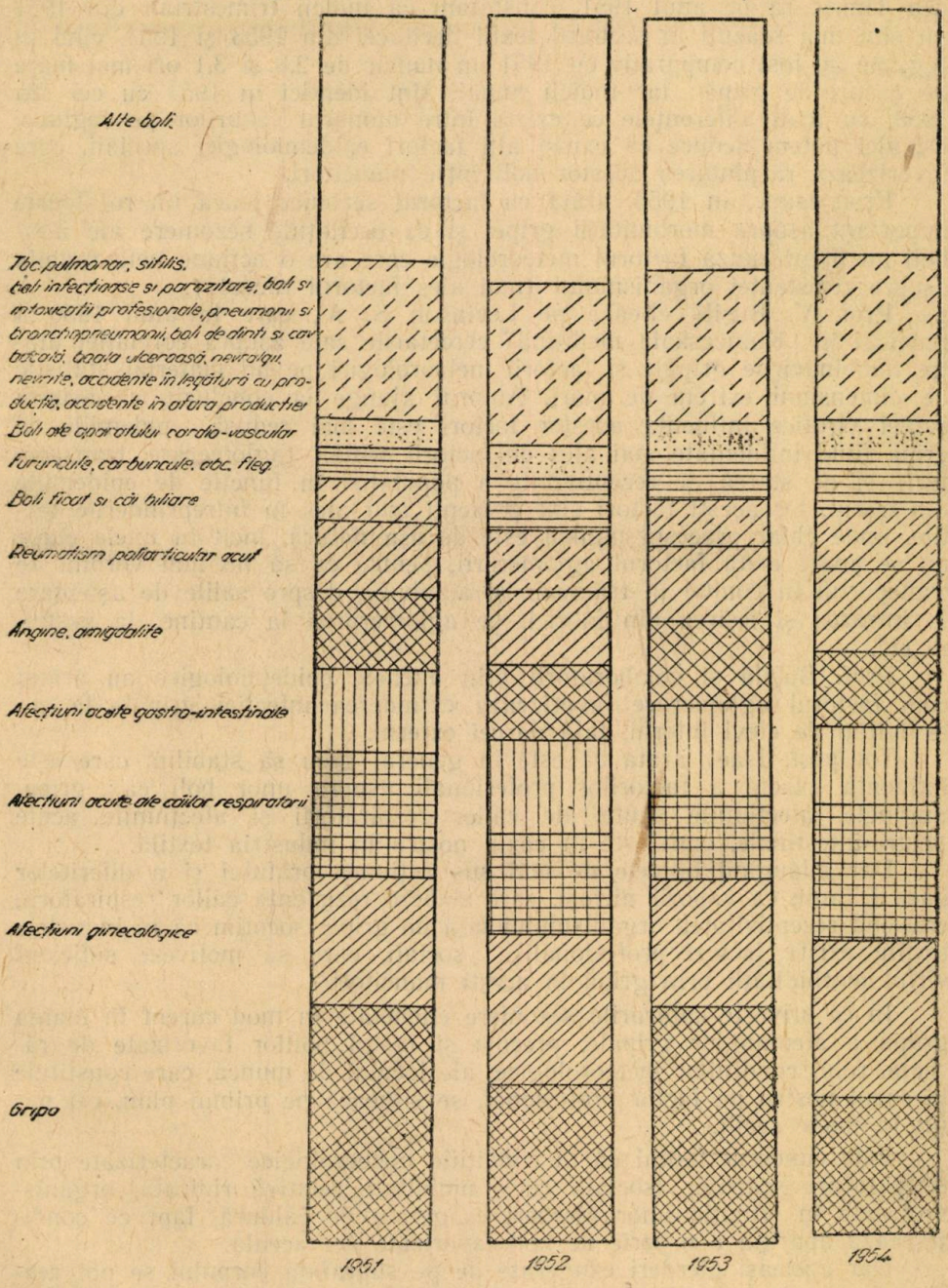
In baza acestei repartiţii, locul întîi, cu excepţia anului 1954, este ocupat de gripă, urmată de afecţiuni ginecologice, apoi de afecţiunile acute ale căilor respiratorii, afecţiunile acute gastro-intestinale, angine, amigdalite, reumatism poliarticular acut etc.

Se impune deci să ne oprim ceva mai mult asupra grupelor nosologice, care constituie vîrfuri, pentru a le analiza mai amănunţit.

Gripă reprezintă 19,6% în 1951, 13,1% în 1952, din nou 19% în 1953 şi 11% în 1954, din totalul cazurilor de îmbolnăviri. Iar din tabelul şi graficul în care am expus dinamica trimestrială a principalelor grupe de boli ce constituie vîrfurile structurii morbidităţii în anii studiaţi, reiese că indicii gripei din primul şi al patrulea trimestru sînt mai ridicaţi (de 2—3 ori) decît în al doilea şi al treilea. Acest fapt ne îndreptăţeşte să afirmăm că factorul sezonier joacă un rol important în incidenţa gripei la muncitorii textilişti şi oscilaţiile sezoniere au acţiune nefavorabilă asupra rezistenţei organismului acestora.

Hoţianov (citat de Şahbazian), care a analizat materialul cules în

curs de 15 ani, asupra morbidității muncitorilor industriali, a ajuns la concluzia că oscilațiile sezoniere ale frecvenței gripei sînt în funcție de condițiile meteorologice naturale. In cazul acestor creșteri trimestriale



GRAFICUL 2. — Structura morbidității în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timișoara în anii 1951-1952-1953-1954. (Frecvența celor 20 grupe nosologice din cod, la 100 cazuri de boală)

şi anuale a gripei în anul 1953 şi 1954, înclinăm să credem că ea provine numai din cauza epidemiei care a avut loc în restul populaţiei. Dacă luăm în considerare numărul total al cazurilor de gripă din regiunea Timişoara pe anul 1951, constatăm că indicii trimestriali din 1951 nu sînt mai scăzuţi în sectorul textil decît cei din 1953 şi 1954, cînd în regiune au fost comparativ cu 1951 un număr de 2,8 şi 3,1 ori mai mare de cazuri de gripă ; iar indicii anuali sînt identici în 1951 cu cei din 1953, cu toate diferenţele ce există între numărul cazurilor pe regiune. De aici putem deduce că există alţi factori epidemiologici speciali, care favorizează răspîndirea acestor boli între muncitori.

Prof. Isaev, în 1953, arată că factorul sezonier joacă un rol foarte important asupra morbidităţii gripei şi că oscilaţiile sezoniere ale unor boli au drept cauză factorul meteorologic care are o acţiune nefavorabilă asupra rezistenţei organismului (mai ales factorul răceală).

Prof. V. Buşilă citează pe Levinson S. A., care în anul 1950 a publicat în „Kliniceskaia mediţina" cercetările sale asupra corelaţiei dintre îmbolnăvirile gripale şi factorii meteorologici pe un material statistic de dimensiuni extrem de mari. Autorul ajunge la concluzia că asupra gripei virotice influenţa acestor factori este mai redusă, epidemiile de gripă fiind influenţate mai ales de factorii sociali (aglomerare, transporturi) şi de starea de receptivitate a populaţiei în funcţie de epidemiile din trecut. Or aceşti factori sînt prezenţi mai ales în întreprinderile textile, unde chiar procesul muncii este de aşa natură, încît în unele etape nu se poate evita factorul aglomerării, pentru ca să nu mai vorbim de transportul în comun în tramvaie şi autobuze, despre sălile de aşteptare la intrarea şi ieşirea din fabrici, de aglomerarea la cantine, la vestiare etc.

Prof. Buşilă şi colaboratorii prin anchete epidemiologice au arătat cum factorul aglomerare favorizează extinderea infecţiei gripale la colectivităţi de elevi interni, faţă de cei externi.

Tot prof. Isaev arată că este în general greu să stabilim care este influenţa exactă a factorilor profesionali asupra unor boli ca : gripa, anginele, afecţiunile acute ale căilor respiratorii şi afecţiunile acute gastro-intestinale, cum este în cazul nostru în industria textilă.

Dar adăugînd la cele de mai sus acţiunea prafului şi a diferitelor gaze iritante ca vaporii nitroşi, care slăbesc rezistenţa căilor respiratorii, crescînd receptivitatea organismului faţă de gripă, socotim că în industria textilă există factori profesionali şi sociali, care să motiveze suficient vîrful morbidităţii prin gripă la aceşti muncitori.

In ce priveşte catarurile sezoniere etichetate în mod curent în marea grupă a afecţiunilor gripale, precum şi restul bolilor favorizate de răceală, rolul condiţiilor meteorologice, ale locului de muncă, care constituie în cazul nostru un factor profesional, se situează pe primul plan, cel puţin în unele secţii.

Este cunoscut faptul că în condiţiile meteorologice caracterizate prin temperatura scăzută, asociată cu o umiditate relativă ridicată, organismul este în situaţia unor pierderi exagerate de căldură, fapt ce condiţionează apariţia a o serie de boli favorizate de răceală.

Dar aceleaşi pierderi exagerate de pe suprafaţa corpului se pot realiza şi atunci cînd organismul este trecut dintr-un mediu cu temperatură ridicată, fără curenţi de aer, sau cu mişcări mici ale acestuia, într-un

Tabelul 7

Anul	1951				1952			
Trimestrul	1	2	3	4	1	2	3	4
Gripa	32,6	11,4	10,4	13,0	12,8	13,5	9,0	15,0
Afecțiuni ginecologice	6,7	12,1	12,9	11,38	12,44	11,53	12,18	10,8
Afecțiuni acute ale căilor respiratorii	14,3	6,8	6	9,6	9	8,7	7	6,7
Afecțiuni acute gastro-intestinale	3	9	11,8	5,7	5,3	6,3	11,7	6
Angine, amigdalite	6,1	5,9	6,1	7	5,3	5,2	6	8
Reumatism poliarticular acut .	5,1	6,4	7,2	6,4	5,1	6,1	5,4	5,1

Anul	1953				1954			
Trimestrul	1	2	3	4	1	2	3	4
Gripa	25,7	16,2	9,4	24,9	25,69	5,86	4,86	4,34
Afecțiuni ginecologice . . .	9,3	12	11,2	9,3	11,36	12,98	15,11	11,78
Afecțiuni acute ale căilor respiratorii	6,5	4,8	3,9	10,2	29,80	9,83	7,25	13,38
Afecțiuni acute gastro-intestinale	4,6	6,8	14,7	4,8	3,73	7,55	12,51	6,81
Angine, amigdalite	6,9	5,5	4,9	7,7	5,61	5,37	6,16	7,72
Reumatism poliarticular acut .	6,1	6	6,8	5	5,91	8,38	7,86	5,70

mediu cu temperatură scăzută și curenți de aer. Timpul pierderii de căldură și volumul acestor pierderi sînt în funcție de promptitudinea cu care sistemul de termoreglare fizică a organismului este capabil de a se adapta noilor condiții de microclimat. Lipsa posibilităților de adaptare promptă va duce deci la pierderi valorice mari, pe timp lung, promovîndu-se astfel anumite boli favorizate de răceală.

Cercetările prof. Coiranschi ne-au atras atenția asupra rolului mare pe care-l are antrenarea exteroceptorilor printr-un microclimat dinamic la locul de muncă; asupra posibilităților de acomodare promptă a organismului la variațiile de microclimat.

I. H. Șahbazian arată că temperatura uniformă, umiditatea și mișcarea uniformă a aerului, feresc organismul de cele mai importante excitații și îl lipsesc de un antrenament al exteroceptorilor.

Or, tocmai aceste caracteristici de microclimat există în majoritatea ţesătoriilor şi albitoriilor din fabricile noastre textile, temperaturi constante de 25—30°, umiditate relativă de 70% în ţesătorii şi de 100% în albitorii, cu mişcări foarte reduse ale aerului, mediu constant în care muncitorii lucrează 8 ore, după care ies în mediul extern, unde sînt expuşi variaţiilor factorilor climaterici, cu un organism neantrenat pentru a face faţă schimbărilor acestora; ba mai sînt nevoiţi adesea să parcurgă pe jos cîţiva kilometri pînă la locuinţe.

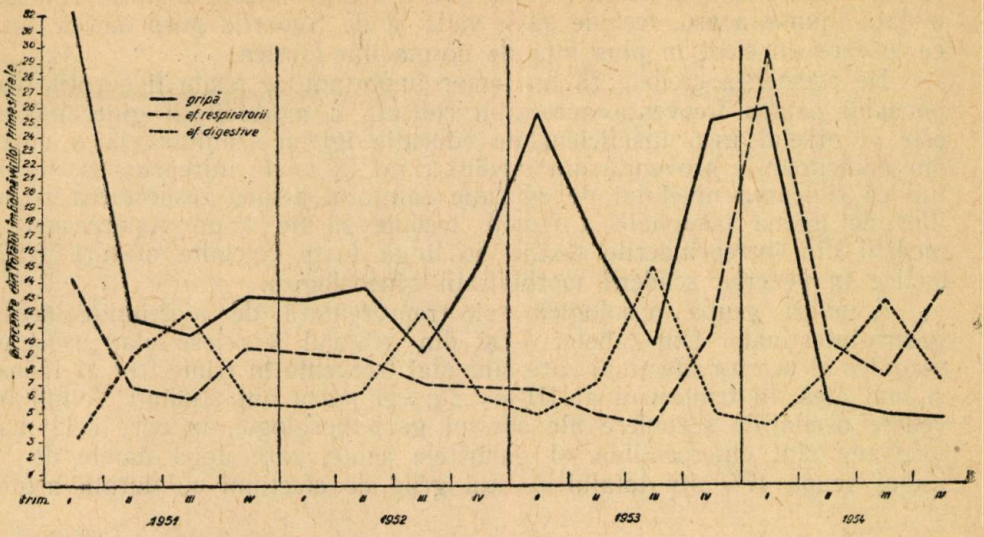
Deşi afecţiunile acute ale căilor respiratorii ocupă locul al treilea în morbiditatea din industria textilă, socotim potrivit să le discutăm imediat după gripă, deoarece factorii ce determină incidenţa acestora sînt foarte asemănători. Cum am mai amintit şi la gripă, factorul răceală joacă un rol important în promovarea acestor afecţiuni catarale acute ale căilor respiratorii, cunoscute sub denumirea de cataruri sezoniere. Microflora rinofaringiană, reprezentată prin micrococul cataral, bacilul lui Friedländer, pneumococ etc. constituie agenţii etiologici ai acestor cataruri.

Rosiiski citează lucrările lui Marşak, Epstein, Coiranschi care arată cum „răcirea", modificînd circulaţia la nivelul mucoaselor, modifică şi secreţia acestora, şi acest fapt duce la condiţii favorabile dezvoltării florei microbiene.

Prof. Ado în cercetările sale şi ale colaboratorilor săi arată cum „răceala produce o stare de sensibilizare faţă de antigenii macromoleculari: proteine şi antigen microbian". Astfel, după autorii sovietici, în etiologia catarurilor sezoniere domină factorul răceală. Acesta acţionează, atît prin modificări la nivelul mucoasei căilor respiratorii superioare, favorizînd înmulţirea microflorei rinofaringiene obişnuite, care astfel devine patogenă, cît şi printr-un mecanism reflex sau prin declanşarea şocului „autocoloidoclazic a frigore" (Widal, Abrami etc.), care determină modificări ale reactivităţii organismului, ce favorizează declanşarea bolilor favorizate de răceală.

Tot prof. Ado arată că influenţa factorilor de mediu (alţii decît antigenele microbiene) pot produce aşa-numitele „autoalergene", care la rîndul lor modifică sensibilitatea şi deci reactivitatea faţă de antigenele microbiene. Se mai poate de asemenea pune şi problema unei acţiuni alergizante a prafului vegetal sau animal asupra mucoasei căilor respiratorii superioare.

R. A. Babaianţ (1949) a cercetat corelaţia dintre gradul de poluare a aerului atmosferic şi morbiditatea prin bolile căilor respiratorii aplicate la condiţiile igienei comunale. Indice al poluării aerului atmosferic, Babaianţ a propus cercetarea conţinutului de praf şi a concentraţiei în bioxid de sulf şi ajunge la concluzia unei influenţe categorice a poluării aerului atmosferic din centrele urbane asupra incidenţei îmbolnăvirilor căilor respiratorii. In cazul nostru toţi aceşti factori favorizanţi ai îmbolnăvirilor căilor respiratorii superioare îi putem găsi în mediul de muncă din industria textilă. Umiditatea relativă ridicată în secţiile de ţesut şi albitorie, temperatura scăzută în timpul iernii la albitorii, praful vegetal şi animal din primele faze ale procesului tehnologic (filatură), diferite gaze iritante ce se emană la vopsitorii, sînt factori favorizanţi ai catarurilor acute ale căilor respiratorii superioare.



GRAFICUL 3. — Evoluţia sezonieră a gripei, afecţiunilor acute ale căilor respiratorii superioare şi afecţiunilor acute gastro-intestinale în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara în anii 1951—1954

Afecţiunile ginecologice ocupă locul al doilea în morbiditatea din întreprinderile textile studiate, exprimată, atît prin indicii care arată frecvenţa la 100 de femei şi care sînt de 17% în 1951, 14% în 1952, 18% în 1953 şi 19% în 1954, cît şi prin indicii care ne arată frecvenţa afecţiunilor ginecologice la 100 de cazuri de boală, indicii arătînd în 1951 10,6%, în 1952 12%, în 1953 10,2%, iar în 1954 12,4%.

Indicii obţinuţi mai ales în ce priveşte incidenţa morbidităţii ginecologice calculaţi la 100 de textiliste, întrec pe aceia stabiliţi de prof. Aburel şi colaboratorii în referatul asupra etio-patogeniei metro-anexitelor din 1951. In acest referat se arată că proporţia medie de morbiditate ginecologică la Uzinele Textile „7 Noiembrie" este de 10,7%, iar la Ţesătoria „Elena Pavel" este de 10,4%.

Tot în referatul citat se arată că printre factorii de mediu extern, care favorizează etio-patogenia metro-anexitelor sînt în special următorii factori traumatici: efortul fizic, poziţia forţată a corpului pentru o lungă perioadă de timp şi lipsită de variaţie, poziţia şezîndă prelungită, trepidaţiile în anumite condiţii, frigul şi umezeala, factorii chimici, factorii sociali, factorii emoţionanţi.

Observînd condiţiile mediului de lucru în industria textilă vedem că dacă nu toţi, dar o bună parte din aceşti factori îi întîlnim în această industrie. Poziţia forţată a corpului, poziţia şezîndă şi de lungă durată la neveditoare, trepidaţiile la ţesătorie, unde întîlnim mai ales vibraţii cu amplitudine mică şi frecvenţă mare cu acţiune asupra sistemului nervos, umezeală la albitorii, factorii de microclimat la ţesătorii, toţi aceşti factori caracterizează nocivităţile specifice industriei textile.

Factorul muncă, atunci cînd este reglementat, disciplinat, şi în raport cu posibilităţile biologice ale femeii, este un element eutrofic şi favorizant al rezistenţei organismului, dar să nu uităm că multe dintre

femeile muncitoare în textile, după cele 8 ore de muncă în întreprindere, o dată ajunse acasă, trebuie să-şi vadă şi de treburile gospodăriei, ceea ce le cere un efort în plus faţă de norma din fabrică.

De asemenea credem că un factor important ce poate fi socotit responsabil pentru frecvenţa apreciabil ridicată a morbidităţii ginecologice, este şi nivelul încă insuficient de educaţie igienico-sanitară la o parte din muncitoarele provenite din mediul rural în unele întreprinderi. Socotim că ridicarea nivelului de educaţie sanitară, pentru respectarea regulilor de igienă personală a femeii, trebuie să fie o preocupare pentru medicii din întreprinderile textile pe lîngă toate celelalte măsuri profilactice în vederea scăderii morbidităţii ginecologice.

A patra grupă nosologică este reprezentată de afecţiunile acute gastro-intestinale. Din tabelul 7 şi din graficul 3 reiese clar aspectul sezonier al acestor afecţiuni care sînt mai frecvente în trimestrul al II-lea, şi mai ales, în trimestrul al III-lea din cei patru ani studiaţi. Avînd în vedere oscilaţiile sezoniere ale acestui grup nosologic, în care cele mai frecvente sînt enterocolitele şi gastritele acute, care după datele de la Lugoj ocupă 47% din totalul acestui grup de afecţiuni cu durată medie

Tabelul 8

reprezentînd structura grupei „alte boli" la o fabrică textilă din Timişoara pe anul 1954

Denumirea bolii	Cazuri	Procente	Zile
Boli de ochi	22	10,9	224
„ oto-rino-laringologice	33	16,4	265
„ chirurgicale	85	42,2	1256
„ renale	24	11,9	223
„ neurologice	26	12,9	285
„ metabolice	4	1,9	78
„ dermatologice	6	2,9	35
„ alergice	1	0,4	6
Total . . .	201	99,5	2370

de 3 zile, socotim că factorii etiologici trebuie căutaţi pe de o parte, în lipsa consumului igienic a apei potabile în timpul verii (consumul exagerat de apă în timpul muncii) şi pe de alta în consumul exagerat al fructelor nespălate.

Anginele şi amigdalitele pe de o parte, şi reumatismul pe de alta, ocupă locul al cincilea şi al şaselea ca frecvenţă în structura morbidităţii din datele analizate. Nu am putea arăta o legătură directă între factorii profesionali şi aceste boli, deoarece în toate întreprinderile studiate frecvenţa, gravitatea şi durata medie a acestor boli sînt aproape aceleaşi. Totuşi umiditatea relativă mare şi temperatura scăzută ce carac-

terizează anumite secţii din industria textilă în anotimpul de iarnă contribuie la apariţia acestor afecţiuni.

Este necesar, însă, să insistăm asupra grupei a 20-a din cod care cuprinde „alte boli" (tabelul 8).

Această rubrică reprezintă cel mai mare procent de îmbolnăviri din cele 20 de grupe nosologice, cu indici de 19,9 (20% în 1951, 24% în 1952, 21,3% în 1953).

În această grupă întîlnim următoarele afecţiuni: boli renale, boli de ochi, boli dermatologice, boli endocrine, hernii, unele boli venerice, asteniile, anemiile şi alte boli ale sîngelui, stări nervoase şi stări postoperatorii, boli oto-rino-laringologice etc.

In industria textilă unele afecţiuni din cele citate reprezintă grupe nosologice ce pot da o morbiditate cu caracter profesional, cum sînt afecţiunile oculare din cauza unui iluminat neigienic, afecţiunile otologice, traumatismele sonore datorite zgomotului intens, permanent şi de durată, prezent în industria textilă; de asemenea datorită specificului muncii organul vizual este solicitat şi la eforturi (secţia de năvădit) la o muncă încordată şi de lungă durată, precum şi expus acţiunii iritante a prafului asupra mucoasei conjunctivale. Noi nu am întîlnit decît foarte rar în întreprinderile textile studiate din regiunea Timişoara preocupări deosebite pentru analiza aprofundată a acestor boli, care alcătuiesc grupa 20 din cod.

Luînd în considerare zilele de pierdere temporară a capacităţii de muncă, în întreprinderile textile studiate din regiunea Timişoara, locul pe care-l ocupă grupele de boli în cei 4 ani se prezintă după cum urmează (în procente):

1	Tuberculcza	10,5% din totalul zilelor de pierdere temporară a capacităţii de muncă.
2	Afecţiuni ginecologice	10,5
3	Gripa	7
4	Reumatismul	5,7
5	Boli acute, căi respiratorii, cataruri sezoniere	5,4
6	Boli de ficat şi căi biliare	5
7	Afecţiuni acute gastrointestinale	5
8	Boli ale aparatului cardiovascular	4
9	Angine, amigdalite	3,8
10	Furuncule, carbuncule	3
11	Boli infecţioase şi parazitare	3
12	Boli şi intoxicaţii profesionale	3
13	Sifilisul	0,12
	Pneumonii	1
	Boli de dinţi	1
	Boale ulceroase	2
	Nevralgii, nevrite	8
	Accidente în producţie	2,5
	Accidente în afara producţiei	2,6
14	Alte boli	25,6

Din cele de mai sus rezultă că în industria textilă preocupările reţelei medico-sanitare şi a organelor de protecţia muncii, trebuie să se axeze în primul rînd asupra grupelor nosologice, care prin frecvenţă şi

gravitate stau în fruntea morbidității din acest sector, adică: gripa, afecțiunile ginecologice, catarurile sezoniere, tuberculoza prin gravitate și durată, afecțiuni acute gastro-intestinale, reumatism etc. In corelație cu specificul condițiilor de muncă, să se acorde fiecărei probleme locul ce i se cuvine în raport cu intensitatea ei, pentru ca astfel să se ajungă la o eficiență în munca pentru scăderea morbidității. După locul ce-l ocupă aceste boli trebuie desfășurată și munca de dispensarizare.

Se cade să subliniem că după naționalizare și mai ales în ultimii 2—3 ani, în toate industriile textile din Timișoara și Lugoj, au fost aduse o serie de ameliorări în condițiile de muncă ale textiliștilor.

La Timișoara întreprinderea „Industria lînei", în afară de o serie de îmbunătățiri privind condițiile de lucru, are astăzi una din cele mai bine organizate creșe din oraș, cămin de zi pentru copii, arenă de sport cu bazin de înot, are un serviciu medico-sanitar cu staționar în incinta întreprinderii, cantină corespunzătoare, unde se servește muncitorilor și regim dietetic.

La Lugoj este pe cale de a fi terminată reconstrucția la întreprinderile textile unde s-a montat o instalație de aer condiționat, fapt ce va rezolva în parte cerințele igienico-sanitare dintr-o întreprindere textilă.

In toate întreprinderile textile din regiune este asigurată o asistență medicală curativo-profilactică de nivel ridicat, și chiar la locul de muncă, condiții ce asigură depistarea precoce a îmbolnăvirilor.

Există de asemenea preocupări din partea igieniștilor muncii de a studia morbiditatea în corelație cu condițiile igienico-sanitare din aceste întreprinderi: de exemplu sanepidul raional Lugoj, care studiază morbiditatea prin afecțiuni ginecologice în industria textilă din acel oraș, în colaborare cu Spitalul unificat al orașului. Un început promițător se observă în această direcție din partea sanepidului orășenesc Timișoara.

Cele arătate mai sus constituie cîteva exemple care arată că în prezent există preocupări serioase și se depun eforturi pentru ameliorarea unor condiții de muncă deficiente în industria textilă din regiunea Timișoara. Considerăm că aceste ameliorări constituie numai un început.

O ultimă problemă asupra căreia vom insista este aceea a specificului morbidității în industria textilă, sau mai bine zis asupra profilului propriu și caracteristic al morbidității din industria textilă.

In graficul 4 și tabelul 9 prezentăm structura morbidității din patru ramuri industriale mai principale, din regiunea Timișoara. Din grafic reiese că greutatea specifică a vîrfurilor de morbiditate din diferitele ramuri industriale diferă în măsură apreciabilă. Astfel, în timp ce în sectorul textil predomină gripa, afecțiunile ginecologice, afecțiunile acute, respiratorii și catarurile sezoniere, în alte industrii predomină alte afecțiuni după cum urmează:

— In sectorul siderurgic: accidentele de muncă, reumatismul, bolile acute ale căilor respiratorii, apoi gripa etc.

— In sectorul carbonifer, primele locuri sînt ocupate de accidente, afecțiuni dermatologice (piodermii, furuncule, etc.), apoi urmează gripa. In acest sector însă găsim bine reprezentate bolile profesionale: silicoza și anchilostomiaza.

— In sectorul forestier sînt pe primul plan tot accidentele de muncă apoi urmează gripa și reumatismul.

— In sectoarele: poligrafic, construcții, energetic și industria de

piele apare din nou pe primul plan gripa şi adesea pe al doilea plan afecţiunile acute ale căilor respiratorii superioare, iar la industria de piele, pe al doilea plan, afecţiunile acute gastro-intestinale.

Din aceste aspecte diferite ale structurii morbidităţii în diferitele sectoare industriale, putem deduce că un anumit mediu de muncă caracterizat prin anumiţi factori de microclimat, prin anumite nocivităţi profesionale, determină o anumită structură a morbidităţii caracteristică aproape fiecărei ramuri de industrie.

Este evidentă deosebirea ce există între vîrfurile de morbiditate din industria textilă, unde predomină bolile favorizate de răceală: gripa, catarurile sezoniere, anginele, amigdalitele etc., şi în siderurgie unde vîrfurile de morbiditate sînt reprezentate de alte boli, iar gripa ocupă abia locul al patrulea în ordinea frecvenţei calculată la 100 de cazuri de îmbolnăviri, cu un indice de 7%. Dar au fost ani ca anul 1953, cînd gripa în sectorul siderurgic a reprezentat 4,4% faţă de 19% în textil.

Aceste deosebiri îşi au explicaţia în interdependenţa ce există între organism şi mediul de lucru, în influenţele mediului de lucru asupra organismului muncitorului şi al posibilităţilor de adaptare ale acestuia faţă de aceşti factori, deoarece factorii de mediu acţionează asupra organismului, nu numai ca nocivităţi, ci în acelaşi timp şi ca excitanţi naturali ai elaborării de către organism a măsurilor fiziologice de apărare, pentru menţinerea echilibrului, a păstrării stării de sănătate şi a capacităţii de muncă.

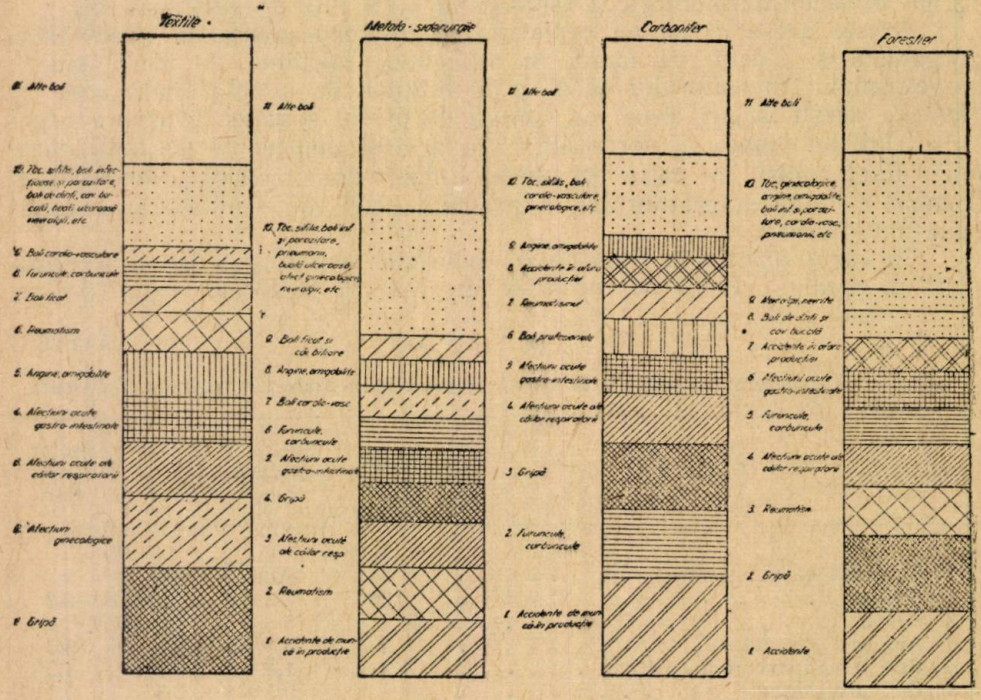
In cazul nostru, în timp ce în industria textilă organismul lucrează într-un mediu caracterizat printr-o temperatură uniformă, umiditate re-

Tabelul 9

cuprinzînd structura morbidităţii în cîteva sectoare industriale din regiunea Timişoara

	Codul	Sector textil	Sector metalurgic	Sector carbonifer	Sector forestier
1	Tuberculoză pulmonară	1,54	3,0	0,7	3
2	Sifilis	0,06	0,2	0,05	0.2
3	Gripă	16,7	7	9,8	12
4	Angine, amigdalite	6,3	3,8	3,5	3,3
5	Boli infecţioase şi parazitare	1,3	1,2	0,7	1,2
6	Boli profesionale	—	0,1	5,3	0,1
7	Reumatism	6	8	5,3	8,2
8	Boli cardio-vasculare	2,5	4,7	2	2,9
9	Afecţiuni acute ale căilor respiratorii	8,7	7,4	8	7,6
10	Penumonii, bronhopnenmonii	0,9	2,2	0,5	1,4
11	Boli de dinţi şi ale cavităţii bucale	1,5	0,9	2,2	4
12	Boala ulceroasă	1	2,3	1,3	1,6
13	Boli de ficat, căi biliare	4,3	3,5	0,8	1,8
14	Afecţiuni gastro intestinale	7,3	6,5	5,6	5,7
15	Afecţiuni ginecologice	11,6	3,4	0,6	2,5
16	Furuncule, carbuncule	4	5,2	10,1	5.8
17	Nevralgii, nevrite	1,3	2,3	3,2	3,7
18	Accidente în producţie	1,6	8,1	15,5	12,2
19	Accidente în afara producţiei	2,8	2,5	5	5
20	Alte boli	20,5	27	18,2	16

lativă la un nivel constant şi mişcări ale aerului uniforme, deci o monotonie în dinamica factorilor de microclimat, fapt care fereşte organismul de excitaţii din partea acestor factori, lipsindu-l astfel de antrenamentul exteroceptorilor, care reacţionează leneş la modificările de microclimat, în acel timp în industria siderurgică organismul muncitorilor este expus unor variaţii bruşte de microclimat, acţiunii radiaţiilor calorice şi temperaturilor ridicate, fiind solicitată în cea mai mare măsură funcţia de termoreglare fizică. Urmarea acestui fapt este o adaptare a organismului acestora la variaţiile bruşte de microclimat, faţă de care se adaptează prompt printr-o labilitate fiziologică accentuată a sistemului vascular. Acest fapt le conferă o rezistenţă faţă de bolile favorizate de răceală. In schimb, la muncitorii textilişti observăm o lipsă de antrenament şi o slabă rezistenţă a organismului faţă de bolile favorizate de răceală.



GRAFICUL 4. — Structura morbidităţii în cîteva sectoare industriale din regiunea Timişoara (indici la 100 cazuri de îmbolnăviri din anii 1951-1952-1953-1954).

Fenomenul de adaptare la muncitorii ce lucrează în mediile cu temperaturi ridicate, radiaţii calorice şi variaţii brusce de microclimat, a fost studiat de colectivul nostru, urmărindu-se modificările reactivităţii organismului prin diferite teste fiziologice. Cu această ocazie, studiind morbiditatea prin afecţiuni favorizate prin răceală, am găsit la gripă un indice de abia 7,4% printre muncitorii dintr-o singură secţie de siderurgie.

In esenţă, dorim să subliniem că factorul microclimat, prin diferitele sale componente şi mediu de lucru în ansamblul lui, influenţează

direct organismul şi modifică rezistenţa acestuia faţă de îmbolnăviri, determinînd astfel o structură specifică a morbidităţii în diferitele sectoare de producţie. Avînd în vedere că obiectivul principal al nostru al medicilor este acela de scădere a morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă, în acţiunile noastre pentru ameliorarea condiţiilor de muncă, de ameliorarea condiţiilor igienico-sanitare şi de înlăturare a noxelor profesionale, trebuie să ţinem seama de structura morbidităţii, să găsim criteriile fiziologice care să permită rezolvarea justă a acestor deziderate.

Din analiza morbidităţii în cîteva întreprinderi textile din regiunea Timişoara a reieşit clar strînsa interdependenţă dintre profilul morbidităţii în corelaţie cu factorii nocivi ai mediului de lucru din întreprinderile noastre.

Ţinînd cont de condiţiile favorizante ale gripei şi a tuturor bolilor favorizate de răceală, care ocupă primele locuri ale morbidităţii, va trebui să ne îndreptăm atenţia în primul rînd pentru îmbunătăţirea condiţiilor ce promovează apariţia lor: reducerea umidităţii relative şi a temperaturii la limite strict necesare unui proces tehnologic raţional şi convenabil totodată unei normale funcţiuni a organismului; reducerea posibilităţilor de răspîndire a prafului şi a gazelor toxice şi iritante, prin efectuarea unor lucrări în sistem închis şi prin absorbţia acestora etc.

Cunoscînd importanţa antrenării organismului în posibilităţile de adaptare promptă faţă de acţiunea factorilor meteorologici sau de microclimat industrial, desigur că vom indica toate mijloacele care ajută călirea organismului, şi asigură o labilitate vasculară fiziologică, care ocroteşte organismul de pierderile exagerate de căldură şi în consecinţă de declanşarea bolilor prin răceală.

In această grupă de măsuri amintim acţiunea de călire a aerului şi a apei prin organizarea sportului de masă în timpul liber pentru tineret, excursii, înot, sport de iarnă etc.

Acţiunea de călire a duşurilor de apă, a spălării şi fricţionării cu prosop etc., metode care ar putea fi propagate printr-o educaţie sanitară raţională şi bine condusă.

Luarea măsurilor de ventilaţie raţională, de luminat natural şi artificial adecvat lucrărilor ce se execută, precum şi reducerea restului nocivităţilor, organizarea cît mai raţională a muncii în diferitele secţii şi a timpului liber, desigur că vor avea ca rezultat o scădere a morbidităţii şi în această ramură de producţie.

Oricare ar fi aspectul profilului şi al structurii morbidităţii dintr-un sector, noi trebuie să ţinem seamă că morbiditatea nu este expresia numai a condiţiilor de mediu de la locul de muncă.

Hoţianov arată că „morbiditatea cu pierderea temporară a capacităţii de muncă este o rezultantă a acţiunii asupra organismului a multiplilor factori de mediu extern şi a reacţiei organismului ca un tot, la aceste influenţe care nu au un caracter stabil". Deci, pe lîngă factorii de la locul de muncă, mai pot acţiona asupra organismului alţi factori din mediul extern, cum sînt factorii sociali-economici — condiţiile de habitaţie, condiţiile de alimentaţie, nivelul de educaţie sanitară etc. In oricare interval de timp unul din aceşti factori pot avea o însemnătate preponderentă manifestîndu-şi brusc acţiunea asupra stării de sănătate a muncitorului şi asupra volumului morbidităţii.

Dacă structura morbidității depinde și de alți factori decît acordarea asistenței medico-sanitare în cele mai bune condiții înseamnă că scăderea morbidității generale și profesionale nu o putem realiza numai noi medicii.

Pe lîngă acordarea unei asistențe medico-sanitare de nivel ridicat, pe lîngă munca intensă de ridicare a nivelului cultural sanitar al muncitorilor, sarcina noastră este de a cointeresa toți factorii de răspundere cum sînt: conducerea întreprinderilor, conducerea sindicatelor, Crucea Roșie, muncitorii înșiși, în acțiunile pentru ameliorarea condițiilor lor de muncă și de trai.

Numai printr-o acțiune sinergică a tuturor acestor factori, alături de medici și cadrele medii sanitare, se va ajunge la scăderea morbidității generale și profesionale, la scăderea zilelor de pierdere temporară a capacității de muncă și astfel la creșterea producției și productivității muncii.

BIBLIOGRAFIE

ABUREL E. prof., STANCA C. conf., HARTH M. dr. și ALDEA dr. — *Considerații asupra etio-patogeniei metro-anexitelor.* Din conferința pentru studiul și combaterea metro-anexitelor 1951.

BOCEA dr., BUCEAG G. dr. — *Studiul morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă într-o fabrică de textile din Moldova.* Ocrotirea sănătății, 1953, nr. 2.

BUȘILĂ V. prof. dr. — *Gripa și catarurile acute sezoniere.* Referat susținut la Zilele medicale ale Reșiței, Oct. 1952.

HOȚIANOV L. K. — *Problemele principale în ceea ce privește metodele analizei morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă.* Igiena și sanitația, nr. 1, 1953.

ISAEV M. S. — *Evidența, prelucrarea și analiza morbidității muncitorilor cu pierderea temporară a capacității de muncă.* Igiena, microbiologia și epidemiologia 1953, nr. 4.

ISRAELSON Z. I., KAPLUN S. I., LETAVET A. A., PIK I. D. și SMELIANSKI Z. B. — *Curs de Igiena muncii,* Ed. de stat, 1949.

KRÎLOV A. D. —*Tehnica securității în industria textilă,* C. G. M., 1949.

KAMÎNSKI M. I. docent — *Metodele pentru studierea datelor privind incapacitatea temporară de muncă.* Din „Metodele de cercetări în legătură cu igiena muncii în producție", 1953, traducere din limba rusă.

MAZUR M. M. — *Probleme în legătură cu studierea morbidității în întreprinderile industriale.* Revista de ocrotire a sănătății în R.P.R., 1952, nr. 3—4.

RIAZANOV V. A. — *Organismul și mediul în lumina învățăturii lui Pavlov.* Biblioteca Analele romîno-sovietice, igienă și organizare sanitară, 1952, nr. 4.

ȘAHBAZIAN G. H. — *Microclima ca problemă de igienă.* Biblioteca Analelor romîno-sovietice — Igiena mediului fizic nr. 24.

WASSERMAN M. — *Unele aspecte ale igienei muncii în industria textilă.* Revista de ocrotire a sănătății în R.P.R. 1951, nr. 1.

VIGDORCIK N. A. prof. — *Cîteva considerații în legătură cu metodele de studierea morbidității asociată cu pierderea temporară a capacității de muncă.* Revista de ocrotire a sănătății în R.P.R., 1952, nr. 3—4.

Buletinul Ministerului Sănătății, 1953, nr. 1, circulara nr. 11 094.

Coreferat prezentat la Consfătuirea medicală de la Arad organizată de Societatea științelor medicale în zilele de 28, 29 și 30. I. 1955.

Заболеваемость с временной потерей трудоспособности на некоторых текстильных предприятиях области Тимишоара

Целью настоящей работы о результатах изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности на некоторых текстильных предприятиях области Тимищоара, является выявление специфических особенностей этой заболеваемости, находящихся в зависимости от условий среды данной отрасли промышленности, а также и изложение этого вопроса по сравнению с положением в других промышленных секторах.

Кроме того, в статье проводится анализ причин, вызывающих появление наиболее частых заболеваний, характерных для текстильной промышленности (грипп, острые заболевания дыхательных путей, гинекологические заболевания).

Авторы в своих выводах, настаивают на необходимости создания комплекса факторов медицинского и немедицинского порядка для понижения заболеваемости с временной потерей трудоспособности в текстильной промышленности.

★

L'étude de la morbidité avec incapacité temporaire de travail dans quelques entreprises textiles de la région de Timişoara

Ce travail concernant l'étude de la morbidité avec incapacité temporaire de travail dans quelques entreprises textiles de la région de Timişoara, a comme but de mettre en évidence la spécificité de la morbidité en décrivant les conditions de travail de cette branche industrielle et de présenter une situation comparative de ce problmème en rapport avec d'autres secteurs industriels.

Les auteurs font, également, l'analyse des causes qui sont à la base de certaines affections plus importantes (grippe, affections aïgües des voies respiratoires, affections gynécologiques).

Les auteurs arrivent à la conclustion que, afin d'obtenir un abaissement de la morbidité accompagnée d'incapacité de travail, dans l'industrie textile, il faudra assurer la coopération de tout un ensemble de facteurs, tant médicaux que non-médicaux.

Metodologia cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă

Dr. I. Lăpuşan

I. *Considerații generale*

Cercetarea morbidității cu incapacitate temporară de muncă reprezintă o metodă principală de cunoaștere a stării sănătății muncitorilor din întreprinderi, alături de celelalte metode principale de cercetare (morbiditatea generală pe baza consultațiilor curente și morbiditatea pe baza examinării în masă).

Prin această metodă se cuprind cazurile de îmbolnăvire care au primit certificate de concediu medical, deci care au prezentat, fie de la începutul îmbolnăvirii, fie dintr-un anumit stadiu de evoluție a bolii, incapacitate temporară de muncă, necesitînd scutirea de muncă (exceptînd concediile profilactice, care sînt în număr mic).

In consecință, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă cuprinde cazurile de îmbolnăvire mai grave sau cazurile într-un stadiu mai

avansat de boală, care determină incapacitatea temporară de muncă, factor deosebit de important pentru aprecierea stării sănătății muncitorilor și pe plan de economie națională pentru volumul și productivitatea muncii.

Prin această metodă se poate efectua o cercetare multilaterală a morbidității din întreprinderi (ca de altfel și prin morbiditatea generală — dacă evidența primară o constituie fișa individuală de consultații), pe caracteristicile și aspectele legate de condițiile de mediu, pe caracteristicile biologice și individuale și în corelație cu activitatea de ocrotire a sănătății muncitorilor.

Lucrările autorilor, care tratează problema metodologiei cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă printre care citām pe Vigdorcik N. A., Navroțki K., Isaev N. S., Freidlin S. I., Stoykova N. F., ca și cercetările făcute de noi, arată frecvența mai mare a îmbolnăvirilor la locurile de muncă sau în profesiile cu condiții de mediu și muncă mai precare, cu noxe profesionale mai multe, demonstrînd importanța metodei pentru caracterizarea influenței factorilor de mediu și muncă (alături de alți factori de trai etc.), asupra sănătății muncitorilor și dînd indicațiile principale pentru luarea măsurilor profilactice cu caracter local și general.

In același timp această metodă prezintă anumite lipsuri:

Astfel, ea redă numai o parte din volumul morbidității din întreprinderi (cazurile care au necesitat scutirea de muncă).

Autorii ca Hoțianov L. C. și Amoreiskaia A. I. arată că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă cuprinde între 25—50% din numărul celor ce solicită asistența medicală.

Intr-o cercetare a noastră la o întreprindere metalurgică, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă reprezintă 29,2% din volumul morbidității generale (vezi articolul „Considerații asupra metodelor de cercetare a morbidității din întreprinderi..." [1]).

Deși această metodă nu redă volumul morbidității în proporția în care este redată de morbiditatea generală, totuși procentele de mai sus arată că ea cuprinde un eșantion suficient de reprezentativ, pentru caracterizarea aspectelor morbidității din întreprinderi.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă cuprinde într-o proporție mică morbiditatea prin anumite boli, care prin natura lor au un caracter mai ușor (nevralgii, bronșite, unele boli oto-rino-laringologice, unele boli ale aparatului digestiv, unele microtraumatisme). De aceea aceste boli nu au aceeași ordine ca frecvență în cadrul celor două metode de cercetare, la morbiditatea generală prezentînd o frecvență ridicată, în timp ce la morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, au o frecvență mai scăzută față de celelalte boli. Necuprinderea cazurilor de aceste boli, decît într-o mică proporție, determină și volumul mai scăzut al morbidității prin această metodă.

Din compararea datelor morbidității generale și morbidității cu incapacitate temporară de muncă (vezi același articol din revista „Ocrotirea sănătății în R.P.R.", 1955, nr. 1, p. 44) au rezultat unele asemănări importante în repartiția structurală pe forme nosologice. Un însemnat număr

[1] Din revista „Ocrotirea sănătății în R.P.R.", 1955, nr. 1, p. 44.

de boli prezintă indici de frecvenţă ridicaţi prin ambele metode, în această categorie intrînd majoritatea bolilor cu frecvenţă mai mare.

Luînd în considerare toate elementele în legătură cu părerile pozitive şi lipsurile acestei metode, se poate trage concluzia că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă cuprinde un eşantion reprezentativ pentru morbiditatea întreprinderii şi că ea redă majoritatea caracteristicelor esenţiale ale morbidităţii din întreprinderi.

Aşa cum am arătat şi în articolul citat mai sus, din comparaţia făcută între cele trei metode rezultă că pentru un studiu complet al morbidităţii din întreprinderi este necesară efectuarea unei cercetări complexe prin toate cele trei metode de cercetare, care se completează reciproc.

Atît morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, cuprinzînd cazurile mai importante şi mai grave de boală, împreună cu incapacitatea de muncă, cît şi morbiditatea generală, cuprinzînd în plus şi cazurile fără incapacitate temporară de muncă şi unele microtraumatisme (care n-au necesitat scutirea de muncă, precum şi morbiditatea pe baza examinării în masă, scoţînd în evidenţă în mod special cazurile cronice de boală şi cazurile incipiente de îmbolnăvire, reprezintă elementele de bază pentru studiul morbidităţii, care se completează reciproc în cunoaşterea stării de sănătate a colectivităţii studiate.

Totuşi, nu în toate întreprinderile se poate efectua un studiu complet prin toate cele trei metode, ca de exemplu la unele puncte de sănătate medicale sau la punctele de sănătate fără medic, la care nu există condiţiile necesare pentru aceasta (cadre, evidenţă organizată, posibilităţi de examinare în masă a muncitorilor).

In ceea ce priveşte morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, situaţia este deosebită.

In primul rînd există un material de evidenţă complet, constituit de certificatele de concediu medical, care reprezintă documente de evidenţă primară cu date amănunţite şi mai exacte, în special în ceea ce priveşte diagnosticarea bolilor.

In al doilea rînd faptul că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă redă majoritatea caracteristicilor esenţiale ale morbidităţii, legate de complexul de factori de muncă şi mediu, face absolut necesară cunoaşterea ei.

In al treilea rînd morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă trebuie cunoscută pentru justificarea cheltuielilor fondurilor sociale.

In sfîrşit, ea trebuie cunoscută, dată fiind influenţa pe care o exercită asupra volumului şi productivităţii muncii.

Aceste considerente demonstrează că cercetarea morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă se poate efectua în condiţii mai uşoare, cu mai multă exactitate şi că cercetarea ei este indispensabilă.

Avînd în vedere că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă redă majoritatea caracteristicilor principale ale morbidităţii din întreprinderi, ea poate suplini în mare parte cercetarea morbidităţii prin celelalte două metode, acolo unde nu există condiţiile necesare ca să se poată aplica toate cele trei metode de cercetare.

II: *Căile şi metodele de studiu ale morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă*

Materialul documentar sovietic arată că studiul morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă trebuie să se facă pe două căi : o cale o reprezintă studiul curent, o altă cale o reprezintă studiul aprofundat.

Studiul curent serveşte medicului de întreprindere la cunoaşterea din timp a cazurilor de îmbolnăvire pentru depistarea sursei îmbolnăvirilor şi luarea unor măsuri operative de prevenire şi combatere. El cuprinde evidenţa de semnalare zilnică şi o centralizare operativă săptămînală şi lunară, pe baza căreia se întocmeşte raportul lunar, care se înaintează către C.C.S. şi Ministerul Sănătăţii.

Intrucît acest raport cuprinde numai datele globale pe întreprindere, pentru a se obţine o imagine mai completă a morbidităţii şi pentru corelarea cu condiţiile de mediu şi muncă este necesar să se facă în completare o evidenţă şi analiză lunară a morbidităţii pe secţiile şi atelierele mai mari.

In studiul curent se utilizează o clasificare restrînsă a bolilor, cuprinzînd grupe nosologice mai mari sau forme nosologice, care dau îmbolnăvirile cele mai frecvente sau incapacitate de muncă ridicată (gravitate mai mare), în general boli care au o contingenţă mai strînsă cu influenţa factorilor nocivi de mediu, avînd importanţă ca probleme de urmărire curentă. In prezent este în uz un cod cu 20 de cauze de îmbolnăvire, pe care-l conţine raportul lunar al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Studiul aprofundat reprezintă o etapă superioară în cercetarea morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Acest studiu constă dintr-o prelucrare şi analiză detaliată a morbidităţii pe diferitele aspecte şi caracteristici ale ei, în corelaţie cu condiţiile de mediu şi cu activitatea de ocrotire a sănătăţii. Prin studiu aprofundat se urmăreşte cunoaşterea amănunţită a structurii şi dinamicii morbidităţii, precum şi tendinţa acesteia, în vederea stabilirii măsurilor complexe şi de perspectivă, necesare pentru îmbunătăţirea continuă a stării sănătăţii muncitorilor.

Prin studiul aprofundat, medicul de întreprindere efectuează o analiză de adîncime a morbidităţii, pe diferite caracteristici profesionale (loc de muncă, profesie, vechime) şi biologice (sex, vîrstă) în scopul cunoaşterii amănunţite a factorilor care influenţează nivelul morbidităţii şi evoluţia acesteia.

Studiul aprofundat dă posibilitatea efectuării unui număr mare de comparaţii, pe caracteristicile menţionate şi în cadrul acestora pe diferite grupe, precum şi a tuturor corelaţiilor necesare cu factorii cauzali.

Studiul aprofundat, presupunînd o analiză mult mai amănunţită şi pe un volum mai mare de material, necesită folosirea unei clasificări mai largi a bolilor, care să permită o analiză de profunzime a structurii şi dinamicii morbidităţii.

Vom prezenta cîteva consideraţii, în legătură cu studiul morbidităţii, pe caracteristicile profesionale şi biologice menţionate, pentru a vedea modul cum se reflectă influenţa condiţiilor de mediu asupra sănătăţii muncitorilor, în raport cu aceste caracteristici, precum şi necesitatea şi posibilitatea cuprinderii lor în cadrul studiului curent şi aprofundat.

Este cunoscută influența factorilor de mediu de la locul de muncă și a celor profesionali, asupra sănătății muncitorilor. Noxele profesionale (gaze, vapori, pulberi etc.), condițiile de microclimat (variații mari de temperatură, radiații termice, curenți de aer etc.), și însuși procesul tehnologic (efortul, trepidațiilor etc.) exercită o influență directă și continuă asupra sănătății muncitorilor. Organismul muncitorului duce o luptă continuă de apărare și adaptare la factorii mediului de muncă, în multe cazuri reușind să scape de sub influența lor dăunătoare, în unele cazuri cedînd acțiunii nocive a acestora. De aceea sînt necesare multiple măsuri preventive de protecție și igienă a muncii.

In aceste condiții, un studiu al morbidității, nelegat de factorii de producție care acționează direct și permanent asupra sănătății, este lipsit de baza sa materială.

De aceea, în studiul curent, pentru nevoile operative este necesară, după cum am arătat mai sus, cercetarea morbidității și pe sectoare și ateliere mai mari. In acest mod va exista o urmărire dinamică și operativă a influenței factorilor de mediu asupra sănătății muncitorilor și posibilitatea luării măsurilor necesare imediate.

Cu atît mai mult, în studiul aprofundat datele morbidității, după locul de muncă, trebuie adîncite pe mai multe caracteristici în raport cu locul de muncă, și pe o clasificare mai largă a bolilor.

In acest scop se studiază morbiditatea pe sectoare, ateliere, profesiuni și pe vechime (în cîmpul muncii, profesiune în întreprindere și la locul de muncă).

In cadrul acestui studiu este necesară o analiză aprofundată a influenței factorilor menționați pe perioade mai îndelungate de timp, pentru stabilirea modului cum se reflectă aceste influențe dăunătoare asupra sănătății muncitorilor. De asemenea trebuie verificată eficiența măsurilor de asistență medico-sanitară folosite și stabilirea măsurilor de viitor care trebuiesc luate.

In studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă trebuie să se țină neapărat seama de două caracteristici biologice de bază : sexul și vîrsta.

Este un fapt cunoscut și numeroase cercetări au dovedit că aceste două caracteristici biologice influențează în mod esențial structura morbidității.

Morbiditatea este diferită la bărbați și femei. Ea are o structură deosebită de la o grupă de vîrstă la alta. In același timp, chiar în cadrul acelorași vîrste, morbiditatea este diferită la bărbați și femei.

Morbiditatea prezintă un nivel diferit pe sexe, atît pe total, cît și pe diferite boli. N. A. Vigdorcic arată în lucrarea „Metoda de studiu a morbidității cu incapacitate temporară de muncă" (Leningrad 1948 — traducere, pag. 85), că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă a prezentat modificări structurale pe sexe în U.R.S.S. astfel înainte, în timpul și după războiul pentru apărarea patriei de cotropitorii fasciști (mai redusă la bărbați înaintea războiului, mai redusă la femei în timpul războiului și restabilirea proporțiilor după război).

Modificările s-au datorit schimbării compoziției pe sexe a muncitorilor, prin înlocuirea bărbaților tineri în timpul războiului cu femei tinere.

Morbiditatea pe boli va scoate în evidență o frecvență în mod constant mai ridicată a îmbolnăvirilor prin anumite boli la sexul masculin

(boala ulceroasă, hipertensiunea arterială) față de alte boli mai frecvente la sexul feminin (bolile inflamatorii ale organelor genitale, bolile de ficat și căi biliare, afecțiunile gastro-intestinale acute etc.).

Se poate spune că aceste boli sînt mai caracteristice pentru morbiditatea la sexul respectiv. Totuși influența mediului determină variații mai mari sau mai mici, pe fiecare sex, chiar la bolile care sînt caracteristice unuia sau altuia dintre sexe.

De asemenea factorii de mediu exercită o influență diferită pe sexe chiar la bolile care nu sînt caracteristice pentru un sex sau altul (gripa, amigdalita, bolile acute alte căilor respiratorii, reumatismul etc.) pe baza unei receptivități mai mari și a rezistenței mai scăzute a organismului la indivizi de un sex sau altul (de exemplu, la femei ; munci grele, eforturi mari etc.).

Morbiditatea pe grup de vîrstă, în afară de faptul că în mod obișnuit crește, prezintă un tablou structural mult diferit la grupele de vîrstă tinere față de grupele adulte și mai ales bătrîne.

De unde, la grupele de vîrstă tinere, morbiditatea este dată în special de boli acute, de mai scurtă durată, a căror procese morbide sînt cauzate de influența nocivă, a factorilor de mediu extern la începutul acțiunii lor (gripă, amigdalită, afecțiuni catarale căi respiratorii, apendicită etc.), la grupele adulte și bătrîne aceste influențe se manifestă prin acțiunea lor asupra unor procese morbide în stadiul cronic, în multe cazuri ireversibile (boala ulceroasă, hipertensiunea arterială, reumatism, boli cardiace etc.).

Același lucru se poate spune și în privința morbidității pe sexe în cadrul grupelor de vîrstă. De exemplu, la femei, la grupele tinere de vîrstă, frecvența afecțiunilor genitale sau colecistitelor este mult mai scăzută decît la grupele adulte.

Toate aceste considerente arată necesitatea și importanța studiului morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe sexe și grupe de vîrstă.

Fără cunoașterea compoziției muncitorilor pe sexe și grupe de vîrstă și fără raportarea morbidității la aceste grupe, nu se poate face o analiză temeinică a morbidității și o corelație justă între factorii de mediu și structura morbidității.

Studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă pe sexe și grupe de vîrstă, trebuie făcut în același timp în corelație cu celelalte caracteristici ca locul de muncă, profesiunea și vechimea.

Cercetarea morbidității pe sexe și grupe de vîrstă este greu de efectuat în cadrul studiului curent. Prima condiție a acestui studiu fiind obținerea operativă a datelor principale ale morbidității, detalierea studiului și pe aceste caracteristici ar prelungi prea mult operațiile de prelucrare statistică și ar necesita ținerea unei evidențe permanente a compoziției pe sexe și vîrste a muncitorilor, operații care cer personal special și timp mai îndelungat. In același timp, volumul materialului pe fiecare lună este insuficient pentru a permite această detaliere a studiului.

Pe de altă parte, compoziția pe sexe și grupe de vîrstă prezintă variații relativ mici chiar în decursul unui an.

De aceea morbiditatea pe aceste caracteristici constituie obiectul studiului aprofundat.

Intrucît studiul aprofundat se face de obicei anual, deci la un interval de timp totuşi prea mare, o analiză limitată a acestor date, făcută trimestrial sau semestrial şi numai pe întreprindere, ar da posibilitatea de orientare asupra aspectelor morbidităţii pe aceste caracteristici la intervale mai scurte, bineînţeles acolo unde sînt condiţii ca să se poată face.

Aşa cum recomandă prof. N. A. Vigdorcik, s-ar putea utiliza numai cîteva grupe ca de exemplu, o grupă tînără sub 30 ani, o grupă medie de 30—49 de ani şi o grupă bătrînă de peste 50 de ani.

In cadrul studiului aprofundat, se face şi o analiză individuală a morbidităţii pe contingente de bolnavi, urmărindu-se stabilirea grupelor de bolnavi care se îmbolnăvesc frecvent sau de lungă durată. Acest studiu este necesar, deoarece morbiditatea de la diferite locuri de muncă poate prezenta uneori deosebiri mari, cărora nu li se poate stabili legătura cauzală cu factorii concreţi de mediu extern, care sînt foarte variaţi. Fiecare muncitor este supus acţiunii unui complex de factori individuali, legaţi de procesul individual de muncă, de profesia lui, de mecanizarea muncii lui, de un microclimat individual, în concluzie de un complex dinamic de factori igienico-sanitari individuali.

De aceea, chiar muncitorii de aceeaşi profesie, lucrînd în acelaşi loc de muncă, sînt uneori expuşi acţiunii unor factori de mediu diferiţi, care îşi pot exercita acţiunea lor nocivă asupra sănătăţii lor.

In aceste condiţii este necesară efectuarea unui studiu care să permită cunoaşterea influenţei particularităţilor mediului asupra particularităţilor individuale ale sănătăţii muncitorilor, date care nu se pot analiza decît pe baza unui studiu pe persoane, în mod individual, şi pe contingente de bolnavi (asupra metodologiei cercetării morbidităţii individuale şi pe contingente de bolnavi vom reveni în alt articol).

Dar studiul aprofundat presupune o serie de greutăţi, care fac ca să nu poată fi efectuat decît în anumite condiţii corespunzătoare.

In primul rînd este necesară o anumită evidenţă primară despre care vom vorbi mai departe, şi fără de care efectuarea lui nu este posibilă.

O greutate mare o reprezintă obţinerea datelor detaliate privind numărul şi repartiţia muncitorilor pe secţii, ateliere, profesiuni, grupe de vîrste, vechime etc. care trebuie extrase pe baza evidenţei de la administraţia unităţii şi prelucrate paralel cu datele morbidităţii.

Unul din obstacolele mari ale efectuării studiului în toate detaliile lui o constituie divizarea materialului, atît a numărului muncitorilor, cît şi a cazurilor de îmbolnăvire, pe diferitele caracteristici, grupe şi o clasificare mai largă. Această fracţionare a materialului duce la micşorarea cifrelor şi în consecinţă la o relativitate mai mare a cifrelor, nedînd posibilitatea de a face interpretări şi a trage concluzii valabile.

Studiul pe semestre sau trimestre ar scinda datele morbidităţii într-un an, la jumătate, şi apoi la un sfert, iar împărţirea lor pe toate caracteristicile menţionate ar duce la cifre mici sau foarte mici.

Astfel studiul la o întreprindere mică (de exemplu, sub 1 000 de muncitori), pe toate caracteristicile şi grupările menţionate, ar duce la cifre mici, infime uneori.

Din aceste considerente, studiul aprofundat nu se poate face decît la întreprinderi mai mari, cu un număr mai mare de muncitori şi pe pe-

rioade mai lungi de timp, de exemplu, un an, în acest caz fracţionarea materialului ducînd mai rar la cifre mici, sub eşantionul minimal.

Totuşi nu este contraindicat studiul şi la întreprinderi mai mici şi de asemenea pe perioade mai scurte de timp, în care să se ţină însă cont de frecvenţa cazurilor şi să se verifice valoarea cifrelor analizate cu ajutorul procedeelor de control (cifre de control, procedee aritmetice).

Unitatea statistică de cercetare

Mazur M. M., precum şi alţi autori, arată că datele dintr-un certificat de boală caracterizează etiologia şi durata bolii numai pe perioade limitate. Ele nu scot în evidenţă caracterul afecţiunii în perioada anterioară şi consecutivă certificatului. Acest lucru este şi mai evident numai în cazul bolilor cronice, cînd pierderea capacităţii de muncă reprezintă numai un episod, care se poate repeta de mai multe ori la acelaşi bolnav.

De aceea, cazul cu certificat iniţial nu reprezintă cazul de îmbolnăvire propriu-zis, ci cazul cu certificat nou. El scoate în evidenţă numai frecvenţa certificatelor noi acordate bolnavilor.

Mai există însă şi o altă unitate statistică de cercetare, reprezentată de cazul lichidat.

Acesta este obţinut prin însumarea datelor tuturor certificatelor acordate unui bolnav pentru aceeaşi boală, într-un anumit interval de timp. In acest fel se obţine cazul cu incapacitate de muncă lichidat, terminat, care exprimă mult mai corect cazul de îmbolnăvire.

Utilizarea acestei unităţi dă posibilitatea unei aprecieri critice a modificărilor de diagnostic în vederea stabilirii diagnosticului corect, obţinîndu-se în acelaşi timp o definire mai justă a noţiunii de prelungire a cazului.

Revenind la cele două căi ale studiului, există o deosebire metodologică de bază între studiul curent şi studiul aprofundat, în ceea ce priveşte unitatea statistică de cercetare. Astfel, în cadrul studiului curent se utilizează ca unitate de cercetare cazul cu certificat iniţial. S-a ajuns la utilizarea acestei unităţi, întrucît, pentru cunoaşterea operativă a morbidităţii nu se poate aştepta pînă la terminarea cazului de îmbolnăvire cu incapacitate. De aceea prelucrarea datelor pentru întocmirea raportului lunar se face pe baza certificatelor prezentate pentru plată în luna respectivă. Datele din raport nu oglindesc însă morbiditatea reală, întrucît un bolnav care are mai multe certificate iniţiale este luat drept un caz nou de fiecare dată, deşi el suferă de aceeaşi boală. In multe cazuri, apoi, diagnosticul nu se precizează de la primul certificat, astfel că un caz de îmbolnăvire cu mai multe certificate iniţiale poate fi încadrat la cauze de îmbolnăvire diferite, în raport cu diagnosticele intermediare care s-au pus pînă la stabilirea diagnosticului definitiv. De asemenea raportul lunar nu cuprinde nici incapacitatea de muncă reală, întrucît unele certificate cuprind, pe lîngă zilele de incapacitate din luna respectivă, şi zile din luna precedentă, care se însumează la luna pentru care se întocmeşte raportul.

Pentru a ilustra valoarea ca unitate statistică a cazului lichidat, faţă de cazul cu certificat iniţial, am experimentat cele două unităţi statistice la trei întreprinderi cercetate.

Am extras în acest scop acele boli care se caracterizează, fie printr-o frecvență ridicată, fie printr-o durată mai lungă, necesitînd un număr mai mare de certificate.

Tabelul 1

Date comparative privind numărul cazurilor lichidate față de numărul cazurilor cu certificat inițial, indici de frecvență și durată medie de incapacitate pe cele 2 unități

Intreprinderea nr. 1

Denumirea bolii	Numărul cazurilor lichidate	Frecvența	Numărul cazurilor cu certificate inițiale	Frecvența	Media cazurilor cu certificate la un caz lichidat	Numărul zilelor de incapacitate		
						Total	În medie pt. un caz lichidat	În medie pt. un caz cu certificat
Tuberculoza pulmonară . . .	175	2,4	339	4,7	2	13 103	75,7	38,7
Tuberculoza cu alte localizări	45	0,6	79	1,1	1,8	3 245	72,1	41,7
Traumatisme mecanice de muncă	310	4,3	340	4,7	1,1	3 772	12,2	11,1
Gripa	1 620	22,3	1 654	22,7	1	5 740	3,5	3,5
Reumatism acut cronic	243	3,4	341	4,7	1,4	2 651	10,9	7,8
Bronșită acută cronică	175	2,4	218	3	1,2	13 500	8,3	6,6
Pneumonii	146	2	159	2,2	1,1	2 634	17,8	16,6
Afecțiuni valvulare cardiace .	34	0,5	59	0,8	1,7	869	25,6	14,7
Hipertensiune arterială	34	0,5	46	0,6	1,4	555	16,3	12,1
Gastroduodenite	177	2,4	205	2,8	1,2	878	5,0	4,3
Enterite, enterocolite	373	5,1	455	6,3	1,2	1 813	5,9	4,0
Boală ulceroasă	134	1,8	280	3,8	2,1	3 931	29,3	14,0
Colecistită	196	2,7	302	4,1	1,5	2 194	11,2	7,3
Total . . .	3662	50,4	4 477	61,5	1,2	42 835	11,7	9,6

Din analiza datelor de la cele trei întreprinderi, rezultă următoarele : cazul cu certificat inițial nu este identic cu cazul de îmbolnăvire lichidată. Media cazurilor cu certificat inițial la un caz lichidat pe toate bolile este de 1,2—1,3 pe boli variind între 1 și 2,5.

Indicii de frecvență prezintă diferențe sensibile între cele două unități statistice. Ei sînt mai crescuți pentru cazurile cu certificat inițial, atingînd procente de creșteri care variază între 16 pînă la 30,9 față de indicii cazurilor lichidate.

Aceleași diferențe le întîlnim și la durata medie a incapacității. Media duratei pentru cazurile lichidate este mai crescută cu procente care variază de la 16,9 la 31,4 față de cazurile cu certificat inițial.

Rezultă că unitatea statistică cea mai corespunzătoare este cazul de boală lichidat, care exprimă mult mai real frecvența îmbolnăvirilor și durata incapacității pentru un caz de boală, din care motive, în studiul aprofundat trebuie utilizată această unitate.

III. *Evidența morbidității cu incapacitate temporară de muncă*

Prima condiție a unui studiu corect al morbidității este o evidență completă și just organizată.

Evidența primară de bază este certificatul de concediu medical.

Noul model de certificat introdus în uz, de la I.VII.1954, este format din trei părți componente: 1) cotorul care cuprinde date sumare de evidență necesare pentru justificarea eliberării certificatului; 2) certificatul propriu-zis, cuprinzînd date personale, date privind afecțiunea și concediile acordate. Pe verso, certificatul propriu-zis cuprinde date de ordin contabil, în legătură cu drepturile de plată a ajutorului bănesc; 3) o înștiințare detașabilă pentru certificatele eliberate de unitățile medicale exterioare, cu date sumare privind afecțiunea și concediul acordat. Bolnavul

Intreprinderea nr. 2

Denumirea bolii	Numărul cazurilor lichidate	Frecvența	Numărul cazurilor cu certificate inițiale	Frecvența	Media cazurilor cu certificate la un caz lichidat	Numărul zilelor de incapacitate		
						Total	In medie pt. un caz lichidat	In medie pt. un caz cu certificat
Tuberculoză pulmonară . . .	33	4,8	58	7,0	1,7	2 560	77,6	44,4
Tuberculoză cu alte localizări	6	0,7	13	1,6	2,1	845	140,8	63,1
Gripă								
Traumatisme mecanice de muncă	323	39,2	329	40	1	873	2,7	2,6
	121	14,7	136	16,5	1,1	1 103	9,1	7,6
Reumatisme acute și cronice .	21	2,5	22	2,8	1	165	7,9	7,5
Bronșita acută și cronică . .	48	5,9	58	7,1	1,2	241	5	4,1
Pneumonii, bronhopneumonii .	15	1,7	21	2,5	1,5	216	15,4	9,9
Afecțiuni valvulare cardiace ·	2	0,2	5	0,6	2,5	52	26	11,6
Hipertensiune arterială . . .	6	0,7	7	0,8	1,1	64	10,7	9,1
Gastroduodenite	24	2,9	29	3,5	1,2	120	5	4,1
Enterite, enterocolite	74	9	83	10,1	1,1	241	3,2	2,9
Boala ulceroasă	24	2,9	48	5,8	2	736	30,7	15,3
Colecistita	26	3,2	25	4,2	1,3	290	11,1	8,3
Total . . .	722	88,4	844	102,5	1,2	7 506	10,4	8,9

este obligat să ducă sau să trimită înștiințarea în primele 24 de ore la comitetul de întreprindere, de unde este trimisă apoi la unitatea medicală a întreprinderii. Înștiințarea servește pentru luarea în evidență a cazurilor cu incapacitate care au primit certificate de la unități exterioare, de la începutul îmbolnăvirii (concediului).

Certificatele constituie, pe de o parte, acte cu caracter administrativ-contabil, justificînd absența din producție a muncitorului, acordîndu-i dreptul la ajutor bănesc, iar pe de altă parte, reprezintă instrumentele de înregistrare pentru studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

Certificatele de concediu medical, în calitate de evidenţă primară de bază, pot servi şi singure pentru studierea morbidităţii. Acest lucru se poate face la unităţile medico-sanitare în care nu se poate organiza o evidenţă primară proprie.

Totuşi utilizarea lor directă pentru studiu prezintă unele inconveniente.

Astfel, întrucît certificatele sînt şi documente contabile, ele se păstrează la serviciul muncă şi salarii şi nu pot fi luate oricînd pentru a fi supuse prelucrării statistice.

Intreprinderea nr. 3

Denumirea bolii	Numărul cazurilor lichidate	Frecvenţa	Numărul cazurilor cu certificate iniţiale	Frecvenţa	Media cazurilor cu certificate la un caz lichidat	Numărul zilelor de incapacitate		
						Total	In medie pt. un caz lichidat	In medie pt. un caz cu certificat
Tuberculoza pulmonară . .	31	2,6	67	5,6	2,2	1 525	49,2	22,8
Tuberculoza cu alte localizări	6	0,5	7	0,6	1,2	458	76,3	65,4
Gripa	182	15,1	189	15,7	1	612	3,4	3,2
Traumatisme mecanice de muncă	35	2,9	38	3,2	1,1	406	11,6	10,8
Reumatism acut şi cronic . .	49	4,1	75	6,6	1,5	897	18,3	12,0
Bronşită acută şi cronică . . .	49	4,1	51	4,2	1	212	4,3	4,1
Pneumonie şi bronhopneumonie	15	1,3	18	1,5	1,2	282	1,9	1,6
Afecţiuni valvulare cardiace .	12	1	25	2,1	2,1	227	18,9	9,1
Hipertensiune arterială	20	1,7	39	3,3	2	474	23,2	12,2
Gastroduodenite	31	2,6	32	2,7	1	160	5,2	5
Enterite, enterocolite	47	3,9	57	4,7	1,2	290	6,2	5,1
Boala ulceroasă	8	0,7	11	0,9	1,4	91	11,4	8,3
Colecistita	70	5,8	114	9,5	1,6	637	9,1	5,6
Total . . .	555	46,3	773	60,6	1,3	6 271	11,3	8,6

In al doilea rînd, deşi certificatele cuprind datele necesare studiului morbidităţii, modul în care ele sînt redactate şi completate, în special pentru a satisface nevoile de ordin administrativ-contabil, nu permit o prelucrare statistică uşoară şi operativă.

Din aceste motive şi în special pentru o cunoaştere şi urmărire sistematică a morbidităţii este necesară existenţa unei evidenţe proprii şi corespunzătoare la unitatea medico-sanitară a întreprinderii.

Această evidenţă se poate organiza în două moduri: fie pe baza unor fişe statistice speciale, fie pe baza fişelor de consultaţii obişnuite, în care se trec cazurile de îmbolnăvire cu incapacitate de muncă.

Menţionăm că primul sistem este recomandat şi de unii autori sovietici ca Freidlin S. I. şi Vigdorcik N. A.

Acest sistem l-am experimentat şi noi la două puncte de sănătate medicale de întreprindere, timp de 6 luni, pe baza unei fişe statistice speciale întocmită de noi.

Anexa nr. 1

Fişa statistică specială

Luna..... Caz $\frac{N}{C}$

Numele ..... nr. fişei.....

Pronumele .....

Sexul..... Vîrsta..... Secţia (atelierul) .....

Profesiunea ..... Marca.....

Vechimea în cîmpul muncii ..... Vechimea în întreprindere .....

Nr.	Certificat eliberat de	Data de la	la	Nr. zile

Total.....

Diagnostic iniţial .....

Cod.....

Modificări de diagnostic .....

Cod.....

Legenda prescurtărilor: N = nou; C = continuare.

Fişa cuprinde toate datele principale din certificatul medical, necesare pentru un studiu complet al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Iniţialele N/C din colţul din dreapta sus, servesc pentru indicarea cazului nou (N), respectiv a cazului cu certificat iniţial, şi a cazului în continuare (C), respectiv a cazului a cărui concediu se suprapune pe două luni. Această separare a concediului pe luni este necesară pentru întocmirea raportului lunar.

Pentru fiecare certificat se întocmeşte o astfel de fişe statistică specială. Pentru certificatele eliberate de punctul de sănătate medical (circumscripţie de atelier), fişele se întocmesc o dată cu completarea certificatului. Pentru certificatele eliberate de unităţile exterioare s-a experimentat la început un sistem de legătură telefonică, prin care se anunţau certificatele eliberate, sistem care însă n-a dat rezultate şi care s-a dovedit foarte greoi. De aceea, pentru aceste cazuri completarea fişei se făcea la început la întoarcerea muncitorului în producţie, o dată cu vizarea certificatului.

O dată cu introducerea noului model de certificat, care cuprinde înştiinţarea detaşabilă, deşi sosirea acestora este încă defectuoasă, totuşi ele au servit şi servesc în condiţii din ce în ce mai bune la luarea în evidenţă a cazurilor de îmbolnăvire, de la începutul incapacităţii lor.

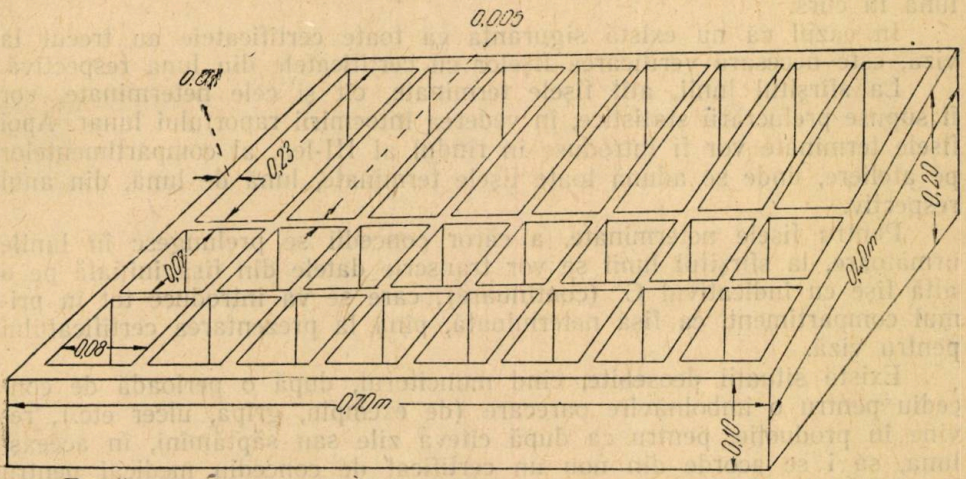
Fişele se ţin într-un fişier, împărţit pe ateliere iar în cadrul atelierelor, pe trei rînduri de compartimente (I, II şi III).

Astfel fiecare atelier dispune pentru fişele sale de 3 compartimente aşezate unul în spatele celuilalt, dintre care primele 2 compartimente sînt egale ca mărime, iar ultimul este mai mare.

In primele 2 compartimente se ţin fişele din luna curentă, iar în ultimul compartiment toate fişele din lunile anterioare, ale anului în curs.

Anexa nr. 2

Modelul de fişier pentru fişele statistice speciale.



După cum am văzut, fişele se întocmesc în momentul eliberării certificatului sau o dată cu sosirea înştiinţării. Pentru certificatele noueliberate, concomitent se şterge indicativul C (continuare) şi se lasă indicativul N (caz nou). Această înregistrare corespunde deci cu luarea în evidenţă a cazurilor respective cu incapacitate temporară de muncă. Dar cu această ocazie, nu se pot înregistra toate datele cazului respectiv, întrucît el este la începutul incapacităţii şi nu există certitudinea că diagnosticul este precizat şi nici că nu va avea nevoie de prelungirea concediului, mai ales că medicul punctului de sănătate sau circumscripţiei n-are latitudinea să acorde concediu decît de 3—4 zile. Este posibil ca bolnavul să aibă nevoie de examenul comisiei consultative, sau de internare în spital, ca de exemplu, în cazul unei pneumonii, endocardite etc.

In această situaţie se vor completa toate datele personale din prima parte a fişei şi nu se vor completa datele definitive în legătură cu boala sau cu incapacitatea de muncă. De aceea fişa întocmită în această etapă se va numi „fişă neterminată" şi se va introduce în compartimentul din rîndul I, la atelierul respectiv.

După terminarea concediului sau concediilor acordate, respectiv după terminarea întregii perioade de incapacitate şi muncitorul se întoarce în producţie, el se prezintă mai întîi la unitatea medico-sanitară a întreprinderii pentru viza certificatului. Acum certificatul este completat cu datele definitive privind diagnosticul şi incapacitatea de muncă, făcînd posibilă completarea tuturor datelor din fişe. Cu această ocazie se trec în fişe diagnosticul definitiv şi concediile acordate în continuare cu datele respective.

Fişa întocmită astfel va purta denumirea de „fişă terminată" şi se va introduce în compartimentul din rîndul al II-lea corespunzător atelierului din care face parte muncitorul. In cazul certificatelor eliberate de unităţile deschise, pentru care nu sosesc înştiinţări, şi care vin direct

la viză la terminarea concediului, se întocmeşte cu această ocazie o fişă completă, care se introduce la fişele terminate.

In compartimentul din rîndul I, a fiecărui atelier, se vor trece deci fişele neterminate, iar în compartimentul al II-lea fişele terminate din luna în curs.

In cazul că nu există siguranţa că toate certificatele au trecut la viză, este necesară verificarea fişelor cu certificatele din luna respectivă.

La sfîrşitul lunii, atît fişele terminate, cît şi cele neterminate, vor fi supuse prelucrării statistice, în vederea întocmirii raportului lunar. Apoi fişele terminate vor fi introduse în rîndul al III-lea, al compartimentelor pe ateliere, unde se adună toate fişele terminate, lună de lună, din anul respectiv.

Pentru fişele neterminate, a căror concedii se prelungesc în lunile următoare, la sfîrşitul lunii se vor transcrie datele din fişa iniţială pe o altă fişe cu indicativul C. (continuare), care se va introduce tot în primul compartiment, ca fişă neterminată, pînă la prezentarea certificatului pentru viză.

Există situaţii deosebite, cînd muncitorul, după o perioadă de concediu pentru o îmbolnăvire oarecare (de exemplu, gripă, ulcer etc.), revine în producţie, pentru ca după cîteva zile sau săptămîni, în aceeaşi lună, să i se acorde din nou un certificat de concediu medical pentru aceeaşi boală. Acestor situaţii trebuie să li se acorde o atenţie deosebită pentru că se repetă destul de des. De fiecare dată cînd există o întrerupere de concediu, chiar numai de o zi (exceptînd sărbătorile), trebuie să se întocmească o fişe nouă cu iniţiala N (caz nou).

Mai există şi o altă situaţie dosebită, cînd muncitorul a primit un concediu medical pentru o boală, iar apoi primeşte un concediu medical în continuare, la o altă boală. In acest caz, dacă se stabileşte că nu este vorba de o eroare de diagnostic, o complicaţie sau boală secundară, se întocmeşte de asemenea o fişe nouă cu indicativul „N" (caz nou).

Deci indicatorul N (caz nou) va consemna de fiecare dată cazul cu certificat iniţial (declarat) iar indicativul C (caz în continuare), cazul cu concediu în continuare, a cărui început a fost în luna precedentă.

Fişele statistice speciale pot fi tipărite, dar ele se pot întocmi şi cu ajutorul unei stampile corespunzătoare pe carton sau hîrtie.

Intocmirea fişelor şi mînuirea fişierului constituie o atribuţie a personalului mediu. Timpul răpit pentru întocmirea fişelor este redus. Considerînd că se eliberează zilnic în jurul a 5 certificate la un punct de sănătate sau circumscripţie de atelier, iar întocmirea unei fişe necesită 2—3 minute maximum, însemnează că într-o zi întocmirea fişelor statistice speciale ocupă între 10 pînă la maximum 15 minute.

Al doilea sistem de evidenţă poate fi organizat cu ajutorul fişelor individuale de consultaţii. In fişe se trec datele extrase din certificatele de concediu medical, indiferent cine le eliberează. Noul model de fişe, în curs de experimentare, conţine un capitol rezervat pentru înscrierea îmbolnăvirilor cu incapacitate temporară de muncă.

Capitolul din fişa individuală de consultaţii şi dispensarizare pentru înregistrarea concediilor de boală (în curs de experimentare).

In acest capitol se trece fiecare certificat nou împreună cu continuările lui, pe o rubrică.

Acest sistem are inconvenientul că nu dă posibilitatea stabilirii în

Concedii medicale pentru boli şi accidente cu incapacitate temporară de muncă şi alte cauze

Concediu medical de la—pînă la	Diagnosticul	Nr. Cod	Nr. zile inc. muncă	Concediu medical de la—pînă la	Diagnosticul	Nr. Cod	Nr. zile inc. muncă

orice moment a cazurilor de incapacitate în mod individual, dar are avantajul că simplifică evidenţa, nemaiîntocmindu-se fişele statistice speciale. In acelaşi timp, în fişele de consultaţii, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă trebuie trecută şi în cazul că fişele servesc numai pentru urmărirea stării de sănătate a muncitorilor, necesitînd o repetare a înregistrării datelor în cazul că se foloseşte şi pentru efectuarea studiului.

Experimentarea fişei statistice speciale a arătat că ea satisface necesităţile cunoaşterii şi urmăririi curente şi individuale a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

In ceea ce priveşte sistemul de evidenţă pe fişele individuale de consultaţii, acesta este în curs de experiment, pînă în prezent nefăcîndu-se o prelucrare a datelor pe baza lor.

Evidenţa organizată după unul din cele două sisteme descrise permite în condiţii mai uşoare şi mai accesibile efectuarea studiului morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe cele 2 căi: curent şi aprofundat.

Fişele statistice precum şi fişele individuale de consultaţii întocmite după indicaţiile de mai sus dau posibilitatea întocmirii evidenţei de semnalare zilnică şi raportului lunar, în mod mult mai operativ decît pe baza certificatelor nemaifiind necesară luarea acestora de la serviciul contabilităţii şi prelucrarea lor la unitatea medico-sanitară a întreprinderii. Aceste două sisteme asigură în acelaşi timp operativitatea raportării lunare, imediat la începutul lunii următoare, nemaifiind necesară aşteptarea predării certificatelor de către muncitori înaintea plăţii ajutorului de boală, care se face o dată cu plata chenzinei (între 13 şi 18 ale lunii următoare).

In deosebi pentru efectuarea studiului aprofundat, sistemul de evidenţă pe fişa statistică specială dă posibilitatea unei cercetări complete şi uşor de efectuat. Studiul se face pe baza fişelor terminate din fiecare lună, care se adună în ultimul compartiment, pe ateliere, de unde la sfîrşitul anului (iar acolo unde se poate semestrial sau trimestrial) se iau şi se supun prelucrării statistice.

Studiul aprofundat se poate face şi pe baza fişelor individuale de consultaţii, manipularea acestora fiind însă mai dificilă.

Pentru cercetările ştiinţifice, în cazul că nu există o evidenţă primară organizată după sistemele menţionate, se poate utiliza o fişe de prelucrare statistică, conţinînd toate datele necesare studiului, pe care am utilizat-o în cercetările noastre.

Fişe de prelucrare statistică

Numele				Diagnosticul			B. N.		
Pronumele									
Sex		Vîrsta în ani împliniţi					C. N.		Cod
Com. str.				Data începerii concediului					
Raionul							C. C.		Cod
Marca		Secţia		Data terminării concediului					
Atelier		Profesie		Durata în zile	C. N.		R.		Cod
Vechimea în cîmpul muncii (ani)		Vechimea în întrepr. (ani)			R.				
					B. N.		P. N.		P. R.
Unitatea care a acordat concediul									

Legenda prescurtărilor: B.N. = Bolnav nou; C.N. = Caz nou (lichidat); C.C. = Caz în continuare; R. = Repetarea îmbolnăvirii; P.N. = Prezentări noi; P.R. = Prezentări repetate.

O evidenţă primară, organizată după unul din sistemele prezentate, asigură o cunoaştere completă şi dinamică a morbidităţii cu incapacitate de muncă.

Ea poate servi pentru întocmirea unui tabel de semnalizare zilnic.

Din prezentarea sistemelor de evidenţă, rezultă că fiecare are aplicabilitatea lui în raport cu cerinţele cunoaşterii morbidităţii şi cu existenţa unor condiţii necesare, pentru aplicarea lor. La întreprinderile mari cu S.M.S. sau puncte de sănătate dezvoltate, cu o asistenţă medico-sanitară de un nivel calitativ ridicat, avînd personal mediu suficient, este indicat să se introducă fişele statistice speciale pentru a se putea efectua o urmărire continuă şi individuală a cazurilor cu incapacitate. La celelalte puncte de sănătate medicale sau la circumscripţiile teritoriale care deservesc întreprinderi fără medic poate fi organizată evidenţa pe fişele

Modelul tabelului de semnalare zilnică

Boala	Total		Z i u a					
			1		2			31
	Certificate noi	Zile	Certificate noi	Zile	Certificate noi	Zile		

individuale de consultaţii, care pot servi apoi la înscrierea cifrică a cazurilor cu incapacitate în centralizatorul zilnic, pe baza căruia se face semnalarea cazurilor de îmbolnăvire cu incapacitate şi se întocmeşte raportul lunar al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Ambele sisteme de evidenţă pot servi de asemenea la efectuarea studiului aprofundat al morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă, pe toate aspectele şi caracteristicile menţionate, în corelaţie cu factorii de mediu şi activitatea de ocrotire a sănătăţii.

Organizarea unei evidenţe corecte prin unul din sistemele de mai sus, va permite efectuarea studiului morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe cele două căi: curent şi aprofundat, contribuind în condiţii optime la atingerea obiectivului de bază al ocrotirii sănătăţii muncitorilor: reducerea continuă a morbidităţii şi incapacităţii de muncă.

Lucrare efectuată în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei (Dir. prof. Th. Ilea).

BIBLIOGRAFIE

KUVŞINIKOV P. A. — *Noua clasificare şi nomenclatură sovietică a bolilor.* Rev. Ocrotirea sănătăţii sovietice, 1953, nr. 1.

FREIDLIN S. I. — *Organizarea activităţii punctului sanitar.* Editura de Stat pentru literatură ştiinţifică, 1951.

HOŢIANOV L. K. şi AMOREISKAIA — *Indrumări metodice cu privire la ţinerea evidenţei, prelucrarea şi analiza cazurilor de îmbolnăvire cu incapacitate temporară de muncă.* Medghiz, Moscova, 1954.

ISAEV N. S. — *Evidenţa, prelucrarea şi analiza morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă.* Revista Igienă şi microbiologie, 1953, nr. 4.

MAZUR M. M. — *Probleme în legătură cu studierea morbidităţii în întreprinderile industriale.* Revista Ocrotirea sănătăţii în R.P.R, 1952, nr. 12.

NAVROŢKI K. — *Evidenţa, analiza morbidităţii şi a traumatismelor şi reducerea lor.* Editura Medicală de stat a U.R.S.S., Kiev., 1951.

STOIKOVA N. F. — *Tehnica studierii morbidităţii însoţită de incapacitate temporară de muncă.* Rev. Ocrotirea sănătăţii sovietice, 1953, nr. 5.

VIGDORCIK N. A. — *Metode de studiu a morbidităţii, cu incapacitate temporară de muncă,* Leningrad, 1948.

IDEM — *Cîteva consideraţii în legătură cu metodele de studiere a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.* Revista Ocrotirea sănătăţii sovietice 1953, nr. 2.

*** Instrucţiuni ale Ministerului Sănătăţii şi Consiliului Central al Sindicatelor privind evidenţa, completarea şi eliberarea certificatelor de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă. Editura Consiliului Central al Sindicatelor, 1954.

Articol intrat în redacţie în mai 1955.

★

Методика изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности

Изучение заболеваемости с временной потерей трудоспособности является основным методом исследования заболеваемости на предприятиях. Эта заболеваемость охватывает и выражает большинство существенных признаков. характеризующих заболеваемость среди рабочих данного предприятия.

Изучение заболеваемости с временной потерей трудоспособности может проводиться легче и с большей точностью и может заменить в значительной степени исследование заболеваемости путем применения других двух главных методов исследования (установление общей заболеваемости и массовые медицинские освидетельствования) в том случае, если эти методы не могут быть использованы.

Изучение заболеваемости с временной потерей трудоспособности должно проводиться двумя путями: изучение текушей заболеваемости и углубленное ее изучение.

Изучение текущей заболеваемости применяется для оперативного наблюдения за состоянием здоровья рабочих; сюда включается учет ежедневных обращений к врачу, еженедельные и месячные оперативные сводки, составляемые на основании ограниченной классификации заболевании. На основании полученных данных, составляется месячный отчет о заболеваемости с временной потерей трудоспособности, который направляется в Центральный совет Профессиональных союзов и в Министерство здравоохранения.

Углубленное изучение является более высокой ступенью исследования заболеваемости и состоит в переработке и подробном анализе по различным профессиональным (рабочее место, профессия, стаж), биологическим (пол, возраст) и индивидуальным аспектам и характеристикам. В этих рамках проводится анализ индивидуальной заболеваемости, а также и заболеваемости по контингентам больных.

Углубленное изучение основывается на более обширной классификации болезней. Это изучение предлагается проводить на больших предприятиях и через большие промежуткп времени (например, через год).

Статистической единицей исследования заболеваемости является больничный листок — при текущем изучении, и окончание заболевания — при углубленном изучении, причем в последнем случае суммируются все больничные листки, выданные для получения медицинского отпуска по поводу того же заболевания.

Для изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности необходимо применение целесообразной системы учета, осуществляемого медико-санитарной частью предприятия.

Этот учет может быть организован либо на основании специальных статистических карт, либо на основании амбулаторной индивидуальной карты, в которую вносятся данные о заболевании с временной потерей трудоспособности. В новом образце медицинской карты, которая в настоящее время разослана для опыта, имеется с этой целью специальный раздел.

Пользуясь этими системами учета, можно легче и более оперативно проводить как текушее, так и углубленное изучение заболеваемости.

В случае, если на предприятии еще не организован учет по этим двум системам, можно пользоваться для научных целей особым типом медицинской карты для статистической переработки; в эту карту — для научных целей — вписываются данные, полученные из больничных листков.

К статье приложены образцы карт.

★

La méthodologie de la recherche de la morbidité accompagnée d'une incapacité temporaire de travail

La morbidité accompagnée d'une incapacité temporaire de travail représente une méthode principale de recherches de la morbidité dans les entreprises.

Cette méthode comporte un échantillon représentatif, exposant la majorité des caractéristiques essentielles de la morbidité des travailleurs industriels.

L'étude de la morbidité avec incapacité temporaire de travail peut être effectuée avec plus de facilité et d'éxactitude en suppléant en grande partie la recherche de la morbidité par deux autres méthodes principales de recherche, à savoir : la morbidité générale et la morbidité basée sur l'examen en masse là ou cela est possible.

L'étude de la morbidité avec incapacité temporaire de travail doit être effectuée par deux voies : l'étude courante et l'étude approfondie.

L'étude courante sert à la recherche opérative de l'état de santé des travailleurs — elle comprend un enregistrement quotidien de l'état de santé et une centralisation hebdomadaire et mensuelle.

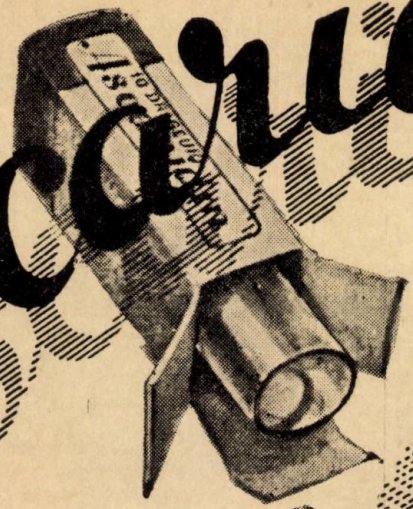
Cette étude s'effectue à l'aide d'une classification sommaire des maladies. On rédige de la sorte le rapport mensuel de la morbidité avec incapacité temporaire de travail pour le C.C.S. (Conseil Central Sanitaire) et le Ministère de la Santé.

L'étude approfondie représente une étape supérieure dans la recherche de la morbidité, elle consiste dans l'analyse détaillée de cette dernière, en relation avec les aspects et les caractéristiques professionnelles (lieu de travail, profession ancienneté), biologiques (sexe, âge) et individuelles. On effectue aussi, en même temps, une analyse de la morbidité individuelle et par catégorie de malades.

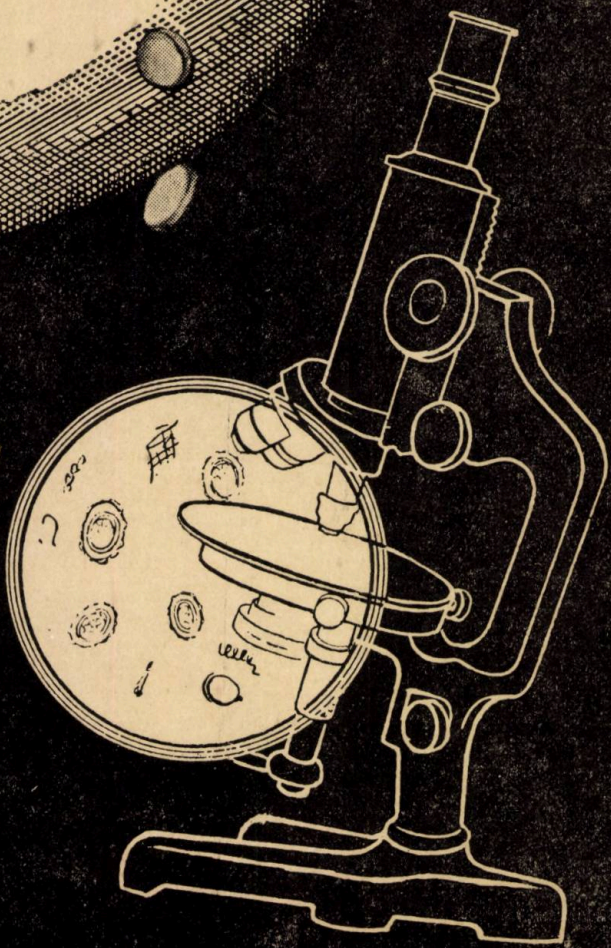
L'étude approfondie s'effectue à l'aide d'une classification plus ample des

CIF

Ascaridin



In tratamentul
ASCARIDIOZELOR
și OXIURIAZELOR



Ascorbic Acid

The Isolation of
ASCORBIC OXIDASE
or OXIDASE

maladies ; elle est recommandable surtout dans les entreprises plus importantes et elle s'effectue à des intervalles plus grands, par exemple, chaque année.

L'unité statistique de recherche est constituée par le malade pourvu d'un certificat initial, pour l'étude courante ; pour l'étude approfondie on utilise le total de tous les certificats de congé accordés à un malade pour la même maladie.

Pour l'étude de la morbidité avec incapacité temporaire de travail il est nécessaire de créer un système d'enregistrement propre à l'unité médico-sanitaire de l'entreprise. Ce système peut être organisé à l'aide l'une fiche statistique spéciale — (modéle présenté, soit d'une fiche individuelle de consultation, sur laquelle on inscrit les données de la morbidité avec incapacité temporaire de travail. Le nouveau modéle de fiche en voie d'expérimentation comprend à cet effet un chapitre à part (modèle présenté).

A l'aide de ce système d'enregistrement en peut efectuer plus facilement et plus vite tant l'étude courante, que l'étude approfondie.

Au cas où aucun des 2 systèmes n'a été organisé, on peut utiliser pour les recherches scientifiques une fiche d'étude statistique d'un modèle special, sur laquelle on inscrit les données nécéssaires pour l'étude des certificats de congé médical (modèle présenté).

Unele rezultate obţinute în urma aplicării graficului ciclic de muncă în reţeaua de copii a oraşului Tîrgovişte

Dr. I. Struhl, dr. Doina Popescu, de la Institutul de pediatrie ;
dr. Viorica Vasiliu — reţeaua de pediatrie Tîrgovişte

Unificarea spitalelor şi secţiilor de copii cu consultaţiile de pediatrie din policlinicile şcolare şi dispensarele materno-infantile, efectuată în 1951, a constituit un real progres în asistenţa medicală curativo-profilactică a copiilor de la 0—15 ani.

Introducerea sistemului unificării în reţeaua de pediatrie din oraşul Tîrgovişte, a adus o îmbunătăţire a activităţii desfăşurate, fapt exprimat prin scăderea simţitoare a mortalităţii şi morbidităţii infantile şi prin aplicarea practică a orientării profilactice a activităţii medico-sanitare. Prin unificare s-a realizat şi ridicarea continuă a calităţii asistenţei medicale, prin calificarea medicilor la locul de muncă, în cadrul staţionarelor de copii.

In cursul celor 3 ani de la aplicarea sistemului unificării urmărindu-se organizarea şi funcţionarea secţiei unificate de copii din Tîrgovişte, s-au constatat o serie de greutăţi obiective care au frînat buna desfăşurare a muncii în ce priveşte asistenţa medicală a copiilor.

Astfel nu totdeauna s-a realizat medicul de familie, deoarece în policlinică copilul a fost consultat de un medic iar pe teren de altul.

Sistemul bifazic şi mai ales trifazic, care a fost aplicat în Tîrgovişte, din cauza multiplelor locuri de muncă — spital, policlinică, teren — a contribuit la utilizarea neraţională a timpului de lucru al medicilor. Graba permanentă la fiecare loc de muncă, a dus la superficialitate în acordarea asistenţii medicale. De asemenea accesibilitatea asistenţei medicale a fost nesatisfăcătoare, medicul pediatru de circumscripţie neputînd face faţă numărului mare de chemări la domiciliu în cele 2—3 ore de teren, iar în policlinică nu s-a reuşit să se lichideze aglomeraţia.

Prezenţa medicilor consultanţi dimineaţa în staţionar a creat neajunsuri în stabilirea orarului de consultaţii din policlinică.

Ridicarea nivelului profesional al cadrelor medicale nu s-a putut face în bune condiţii, întrucît medicii consultanţi au părăsit staţionarul la ora 10 jumătate, cînd activitatea nu era încă terminată, ei neputînd lua parte decît fragmentar la vizita şefului de secţie şi la consultaţiile celorlalţi specialişti (oto-rino-laringologie, raze X, laborator etc.).

După plecarea medicilor consultanţi, activitatea curativă în staţionar a suferit din lipsa continuităţii tratamentului.

In urma rezultatelor obţinute în Uniunea Sovietică prin aplicarea graficului ciclic de muncă, pentru medicii consultanţi din cadrul spitalului unificat de copii, Institutul de pediatrie a preconizat în vederea îmbunătăţirii asistenţei medicale curativo-profilactice a copiilor, experimentarea graficului ciclic de muncă în reţeaua de copii a oraşului Tîrgovişte.

Introducerea graficului ciclic de muncă s-a făcut de la data de 1 august 1954.

Caracteristicile organizatorice şi funcţionale ale reţelei de pediatrie din oraşul Tîrgovişte, înainte şi după introducerea graficului ciclic de muncă

Reţeaua de pediatrie din Tîrgovişte, înainte de 1 august 1954, dată cînd a fost introdus graficul ciclic de muncă, a avut următoarele caracteristici organizatorice şi funcţionale.

Teritoriul oraşului a fost împărţit în 3 circumscripţii sanitare, avînd în medie 1 200—1 500 copii luaţi în evidenţă. Policlinica de copii era la o distanţă de 20—30 de minute de staţionar. Staţionarul cuprindea un număr de 50 de paturi pentru copii. Colectivităţile de copii au cuprins un număr de 6 200 de copii.

Colectivităţile de copii au fost: o creşă, trei cămine de zi, o casă de copii, trei grădiniţe, şase şcoli elementare de 7 ani, 2 şcoli medii de 10 ani, o şcoală profesională comercială, o şcoală pedagogică, două şcoli profesionale metalurgice D.G.R.M.

Asistenţa medicală a teritoriului şi în colectivităţile de copii a fost asigurată prin 15½ norme, de medici pediatri (şi şcolari) înscrişi pe statul de funcţiuni al reţelei de pediatrie:

1 normă medicul-şef de secţie,
½ normă medicul director adjunct de policlinică,
1 normă medicul consultant principal,
3 norme medicii consultanţi de circumscripţie,
1 normă medicul de gardă în policlinică,
1 normă medicul de creşă şi cămin,
8 norme medicii şcolari.

Aceste norme au fost ocupate de 15 persoane fizice. Numai o singură persoană, medicul consultant principal, a avut o jumătate normă de director adjunct de policlinică.

Deservirea populaţiei infantile din policlinică şi staţionar a fost asigurată de către 3 medici pediatri consultanţi de circumscripţie, care lucrau în sistem trifazic. In cadrul acestui sistem de muncă, lucrau cîte 18 ore pe săptămînă în staţionar, 16 ore pe teren şi 8 ore săptămînal în consultaţii în policlinică. Medicul de gardă din policlinică a avut

programul de muncă între orele 8—15, cînd a asigurat asistenţa medicală a copiilor extrateritoriali.

Colectivităţile de copii au fost deservite cu 9 norme de medic, avînd fiecare un grafic de muncă specific unităţilor pe care le-au deservit.

După introducerea graficului ciclic de muncă, începînd cu data de 1 august 1954, teritoriul oraşului Tîrgovişte a fost rearondat, mărindu-se numărul circumscripţiilor sanitare de la 3 la 4 circumscripţii, pentru toate reţelele curativo-profilactice. Fiecărui medic de circumscripţie pediatru i-au revenit astfel un număr de 900—1 200 de copii, între 0 şi 15 ani.

In vederea deservirii copiilor prin policlinică, staţionar şi colectivităţi de copii, statul de funcţiuni a reţelei de pediatrie a fost restructurat astfel:

1 normă medicul director,
1/2 normă medicul director adjunct pentru policlinică,
1 normă medicul consultant principal,
4 norme medicii consultanţi pentru staţionar,
4 norme medicii consultanţi de circumscripţie,
1 normă medicul de creşe şi cămine,
6 norme medicii şcolari,

în total 17 1/2 norme, faţă de 15 1/2 norme cît a avut reţeaua de copii înainte de introducerea graficului ciclic de muncă. Cele 4 norme de medici consultanţi, repartizaţi pentru asigurarea staţionarului (79 de paturi) au fost obţinute prin transformarea normei de medic de gardă din policlinică, prin micşorarea numărului de norme de medici şcolari de la 8 la 6 norme, fapt care s-a putut realiza uşor, întrucît una din şcolile D.G.R.M. s-a desfiinţat între timp şi cealaltă şcoală D.G.R.M. şi-a micşorat numărul elevilor, precum şi prin obţinerea unei norme de medic consultant, de la reţeaua curativo-profilactică de adulţi. Datorită trecerii la graficul ciclic de muncă şi a reţelei de adulţi, aceasta a putut să cedeze reţelei de copii o normă de medic consultant.

In urma restructurării schemei, deservirea copiilor din colectivităţile de copii nu a fost prejudiciată, din contră medicii ne mai făcînd staţionar, folosesc toată norma de 7 ore pentru munca din colectivitatea de copii. Astfel ei pot asigura o mai bună deservire, după specificul fiecărei colectivităţi în parte.

Prin introducerea graficului ciclic de muncă, orarul de consultaţii în policlinică a fost astfel întocmit, încît cabinetele funcţionează de la 8—18, asigurînd astfel şi deservirea populaţiei infantile extrateritoriale.

In urma introducerii graficului ciclic, numărul orelor de consultaţii din policlinică pentru cele 4 circumscripţii, a crescut la 72 de ore săptămînal faţă de 24 de ore cît a fost înainte pentru 3 circumscripţii. Numărul orelor de teren a crescut de asemenea la 72 de ore faţă de 48 de ore, iar numărul orelor efectuate în cadrul staţionarului a crescut la 168 de ore săptămînal faţă de 108 cîte au fost înainte de introducerea noului sistem de muncă.

Observăm că prin introducerea graficului ciclic de muncă în reţeaua de copii a oraşului Tîrgovişte, s-a mărit foarte mult posibilitatea de deservire a populaţiei infantile în policlinică şi la domiciliu, prin creşterea simţitoare a orelor de consultaţii din policlinică şi de pe teren.

Orarul de muncă al medicilor consultanţi din policlinică a fost astfel întocmit, încît populaţia poate să se adreseze medicului de circumscripţie

atît înainte de masă, cît şi după masă, acesta avînd un orar alternant pe zile.

In orarul de muncă al medicilor consultanţi din policlinică s-a introdus lunar o şedinţă de profil, cînd medicul şi sora de ocrotire lucrează împreună la fişier, controlează fişele copiilor şi alcătuiesc planul de activitate profilactică şi curativă, insistînd asupra : a) numărului de vizite necesare controlului sistematic şi individualizat al sugarilor, precum şi al copiilor, în evidenţa specială, asigurînd o urmărire neîntreruptă a acestora ; b) efectuării probelor imunobiologice şi vaccinării preventive a copiilor ; c) întocmirii planului de dispensarizare a copiilor cu afecţiuni cronice (tuberculoză, reumatism) ; d) programului de educaţie sanitară.

In cadrul orariului de consultaţii din policlinică, o zi pe săptămînă este rezervată la fiecare circumscripţie pentru consultaţii profilactice, cînd se primesc numai copii sănătoşi, în vederea urmăririi dezvoltării fizice şi psihice a copiilor.

In staţionar asigurarea îngrijirii copiilor se face prin cei 4 medici consultanţi, care au intrat în prima perioadă de la introducerea ciclicului în staţionar. Gărzile de noapte sînt asigurate de către medicii consultanţi, atît din staţionar cît şi din policlinică.

Rotaţia medicilor consultanţi între staţionar şi policlinică a fost fixată la 3 luni, cînd cei 4 medici din staţionar înlocuiesc cei 4 medici din policlinică, asigurînd astfel ca fiecare medic să revină în circumscripţia de unde a plecat.

In vederea menţinerii permanente a legăturii între staţionar şi policlinică, fişele copiilor, care se internează în staţionar, sînt trimise imediat de la policlinică la staţionar, iar la referatele săptămînale ale secţiei iau parte obligatoriu toţi medicii consultanţi, indiferent de locul lor de muncă. Medicul-şef de secţie şi medicul consultant principal îndrumează în activitatea lor pe toţi medicii consultanţi, atît în staţionar şi policlinică, cît şi în colectivităţi de copii.

Influenţarea principalilor indici de eficienţă, după introducerea graficului ciclic de muncă în reţeaua de copii a oraşului Tîrgovişte

O dată cu introducerea noului grafic de muncă în reţeaua de copii a oraşului Tîrgovişte s-a întărit foarte mult activitatea medicală de deservire a populaţiei infantile prin policlinică, care a devenit veriga principală a secţiei de pediatrie din spitalul unificat.

Datorită înmulţirii numărului de ore pentru consultaţii şi a programului alternant pe circumscripţii, a crescut accesibilitatea populaţiei infantile la consultaţii. Acest fapt se concretizează prin creşterea indicelui de deservire a populaţiei infantile, care a crescut de la 1,2, cît era în trimestrul I 1954 la 1,7 în trimestrul al IV-lea 1954, după introducerea graficului ciclic de muncă.

Tot datorită măririi numărului de ore pentru consultaţii, a scăzut şi aglomeraţia din policlinică, ceea ce a permis o muncă de mai bună calitate medicului pediatru consultant, acesta avînd disponibil mai mult timp pentru fiecare copil.

Indicele de aglomerare în policlinică care a fost de 16 consultaţii pe zi la un medic în trimestrul al II-lea 1954, a scăzut la 10 consultaţii în trimestrul al IV-lea 1954, după introducerea graficului ciclic de muncă.

Programul medicilor specialişti din policlinică, coincide acum cu programul de consultaţii al medicilor pediatri, ceea ce contribuie la o mai bună deservire medicală a copiilor, prin consultarea imediată şi mai frecventă a specialistului; medicul pediatru avînd rezultatul în aceeaşi zi poate lua o atitudine terapeutică precoce şi eficientă.

După introducerea graficului ciclic de muncă, o dată cu realizările privind munca cantitativă de mai bună deservire a populaţiei, s-au realizat însemnate îmbunătăţiri, legate şi de munca calitativă a medicului pediatriu consultant. Astfel, datorită faptului că acesta are rezervată o oră pe zi pentru consultarea fişierului, munca de teren se duce în mod mai organizat. Medicul consultant pediatru îşi programează vizitele curative şi profilactice, are timp suficient pentru înscrierea zilnică în fişe a observaţiilor făcute cu ocazia consultaţiilor la domiciliu din ziua precedentă. In felul acesta s-a îmbunătăţit şi calitatea fişei copilului care cuprinde date mai complete, ca în sistemul trifazic, cînd pentru această activitate nu s-a rezervat un timp deosebit.

Printr-o muncă mai planificată, medicul pediatru şi-a lărgit activitatea profilactică, avînd timp mai mult să se ocupe de problemele de educaţie sanitară, atît în policlinică, cît şi pe teren.

Graficul ciclic de muncă a permis mărirea volumului de muncă a medicului pediatru şi pe teren, prin creşterea numărului de ore rezervat terenului şi printr-o muncă mai planificată, care-i permite să efectueze, în afară de chemările la domiciliu şi vizite active în jurul punctelor unde efectuează chemările, sau pe străzile programate dinainte, ceea ce îi permite o mai justă utilizare a timpului destinat parcurgerii distanţelor de la un copil la altul.

In cadrul noului sistem de muncă, activitatea de deservire cu consultaţii medicale la domiciliu a crescut de 3 ori faţă de perioada anterioară. Astfel, indicele de aglomerare a consultaţiilor la domiciliu a crescut, de la 3 consultaţii zilnice cîte erau în trimestrul I 1954, în cadrul sistemului trifazic, la 9 consultaţii zilnice în trimestrul I 1955, după introducerea graficului ciclic de muncă. In general chemările la domiciliu se efectuează în aceeaşi zi cînd s-a făcut chemarea.

Avînd în vedere un specific al oraşului Tîrgovişte, cu cartiere îndepărtate şi greu accesibile, s-a luat o măsură organizatorică specială pentru medicul pediatru care are o zi fixă pe săptămînă, cînd se deplasează în cartierul respectiv. Această zi este cunoscută de către mamele din cartier, care îl aşteaptă pe medic şi îl cheamă pentru cazurile de îmbolnăvire sau alte modificări survenite în starea de sănătate a copiilor.

Este de remarcat că în aceste cartiere medicul are un ajutor real în activistele organizaţiilor de masă, deputate, responsabile de cruce roşie, care sezisează medicului toate cazurile de îmbolnăviri cunoscute de ele.

In aceste cartiere sînt vizitaţi săptămînal nou-născuţii şi copiii din evidenţa specială. La chemările urgente se răspunde în orice zi din săptămînă.

Prin aplicarea noului grafic de muncă, s-a realizat un deziderat al reţelei de pediatrie, medicul pediatru de familie, care cunoaşte copilul, atît sănătos, cît şi bolnav.

Considerăm ca o realizare pozitivă a activităţii dusă de medicii pe-

diatri în policlinică şi pe teren, scăderea indicilor de internare în cele mai importante boli. De exemplu în bronhopneumonie indicele de internare a scăzut de la 4,1 zile (în trimestrul al II-lea 1954) la 1,4 zile în trimestrul al IV-lea 1954; în toxicoză de asemenea a scăzut de la 4 zile (trimestrul al II-lea 1954) la 1,8 zile în trimestrul al III-lea 1954; în dispepsii acute de la 6,5 zile (în trimestrul al II-lea 1954) la 3 zile în trimestrul al IV-lea 1954.

Rezultate bune prin aplicarea graficului ciclic de muncă în reţeaua de copii s-a obţinut şi în activitatea staţionarului. Prin prezenţa continuă a medicilor repartizaţi pentru stagiu în staţionar se realizează în bune condiţii continuitatea în asistenţa medicală a copiilor internaţi, un factor important în îngrijirea lor.

Calitatea asistenţei medicale curative din staţionar a crescut prin faptul că medicul stă zilnic 7 ore în spital. In acest fel i se asigură medicului o mai bună calificare, acesta avînd posibilitatea de a urmări zilnic bolnavul, de a participa la vizita medicului primar şi a şefului de secţie, de a lua parte la consulturile cu medicii specialişti (oto-rino-laringologie, radiologie, laborator) precum şi de a fi prezent la şedinţele de referate ale secţiei.

Prin înscrierea regulată a observaţiilor făcute la patul bolnavului a crescut şi calitatea foii de observaţie, medicul pediatru avînd timp suficient pentru completarea ei.

Menţionăm în continuare o serie de indici, care nu au putut fi influenţaţi, însă, de noul sistem de muncă.

Astfel, în ce priveşte un sector al activităţii profilactice şi anume consultaţiile profilactice din policlinică, acestea nu s-au putut realiza în oraşul Tîrgovişte, datorită localului neîncăpător şi necorespunzător al policlinicii, care nu a permis chemarea copiilor sănătoşi la consultaţie, pentru a nu supraaglomera localul.

Indicele de depistare la domiciliu a bolilor transmisibile, de asemenea nu a fost influenţat favorabil, din cauza unei epidemii de tuse convulsivă care a atins copiii din colectivităţi. Astfel, un număr relativ mare de cazuri au fost depistate în colectivităţi de copii.

Indicele de luare în evidenţă a nou-născuţilor în primele 24—48 ore de la naştere, sau de la ieşirea din maternitate, a rămas neinfluenţat, nedepăşind 50%. Acest fapt se datoreşte în parte sistemului de muncă din circumscripţiile cu cartiere îndepărtate, unde nou-născuţii sînt vizitaţi cu ocazia deplasării săptămînale a medicului pediatru de circumscripţie în cartierul respectiv.

O realizare pozitivă, foarte importantă, a aplicării graficului ciclic de muncă, este îmbunătăţirea activităţii profilactice în ceea ce priveşte supravegherea neîntreruptă a sugarilor.

Prin introducerea noului grafic de muncă, acţiunea de dispensarizare a copiilor a cuprins aproape în totalitate copiii sub 1 an şi o mare parte din copiii celorlalte vîrste de pe teritoriul policlinicii.

Dispensarizarea este o metodă complexă de deservire medicală a populaţiei. Ea se bazează pe studiul amănunţit al stării de sănătate şi a condiţiilor de muncă şi de trai, pe diferenţierea populaţiei în contingente constituite după gradul şi natura periclitării stării lor de sănătate, pe folosirea de măsuri complexe curativo-profilactice şi igienico-sanitare. Dispensarizarea este deci o sinteză a asistenţii curative şi a celei profi-

lactice, ea se aplică în mod diferenţiat şi individualizat şi are ca scop depistarea şi tratarea precoce a îmbolnăvirilor, menţinerea şi întărirea stării de sănătate.

Forma concretă de aplicare a dispensarizării la specificul vîrstei de sugaci este supravegherea activă, neîntreruptă a tuturor copiilor din această grupă de vîrstă.

Vîrsta de sugari constituie o perioadă de tranziţie de la viaţa intrauterină la viaţa de sine stătătoare a omului. Prin particularităţile sale anatomo-fiziolologice şi prin cerinţele sale particulare de igienă şi profilaxie, vîrsta de sugari trebuie individualizată ca o perioadă de viaţă distinctă. Este necesar ca sistemul de măsuri profilactico-curative, care se folosesc pentru a le asigura o dezvoltare ferită de devieri patologice, să fie deosebit de activ, de intens şi de complex. Un asemenea sistem, care oferă o largă posibilitate de ocrotire deplină şi multilaterală a sănătăţii sugarilor, este supravegherea activă, neîntreruptă, formă a dispensarizării specifică primului an de viaţă.

Acest sistem găseşte în aplicarea consecventă a principiilor care stau la baza funcţionării spitalului unificat una din cele mai valoroase premise ale corectei sale utilizări. Introducerea noului grafic ciclic de muncă, în cadrul spitalelor unificate de copii, favorizează aplicarea cît mai intensă a supravegherii active a sugarului.

Astfel, după introducerea graficului ciclic de muncă în reţeaua de copii a oraşului Tîrgovişte, 94% din totalul sugarilor au beneficiat de supravegherea activă faţă de 76% din sugari cît s-a cuprins prin sistemul trifazic.

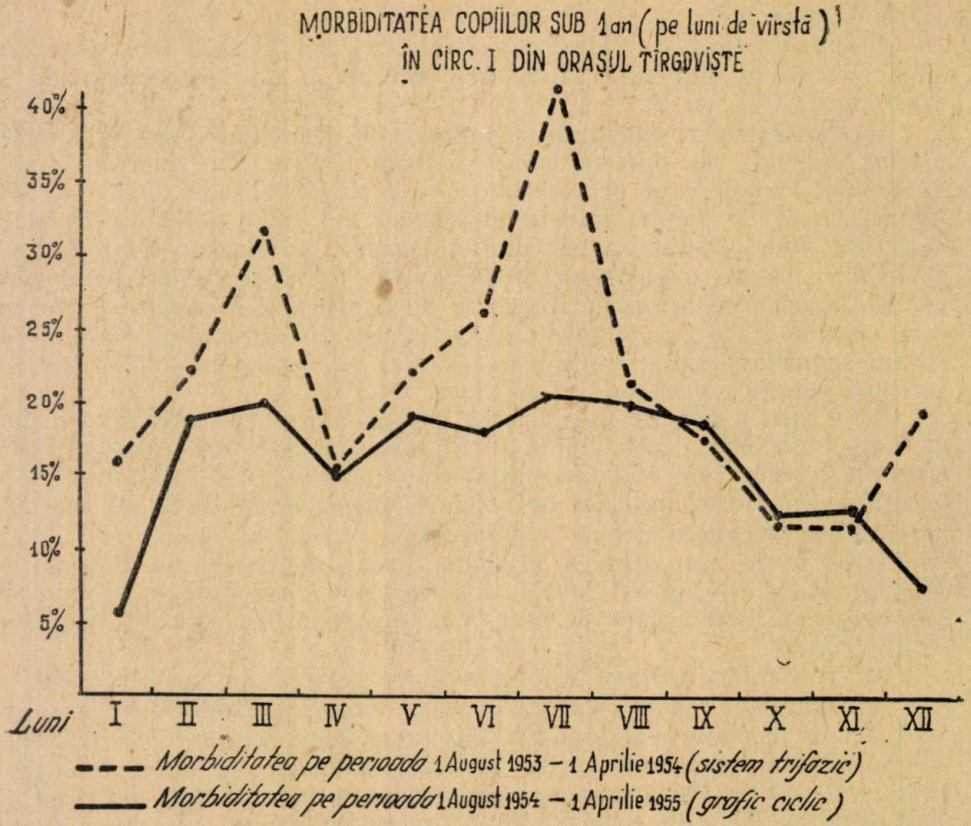
Un rezultat al urmăririi neîntrerupte a sugarilor în Tîrgovişte a fost influenţarea în mare măsură a stării lor de sănătate. Pentru a urmări aceste rezultate s-a analizat activitatea unei circumscripţii din oraş pe un interval de 8 luni, de la introducerea graficului ciclic, 1 august 1954 — 1 aprilie 1955 comparativ cu 8 luni, 1 august 1953 — 1 aprilie 1954, cînd se lucra în sistem trifazic. In studiu au fost incluşi copiii de la 0—1 an, urmăriţi fără întrerupere. In sistemul trifazic s-a urmărit 124 de copii, iar în graficul ciclic 133 de copii.

Procentul sugarilor rămaşi sănătoşi în perioada experimentării graficului ciclic de muncă faţă de perioada anterioară, cu sistem trifazic, a crescut cu 12,8%. Comparînd procentul copiilor rămaşi sănătoşi, pe grupe de vîrstă, observăm că procentul copiilor din primele luni de viaţă (0—3 luni) rămaşi sănătoşi a crescut cu 11%, a celor din grupa mijlocie (3—5 luni) a fost neinfluenţat, în schimb însă la grupa de copii din ultimele luni ale primului an (5—12 luni) starea de sănătate a fost considerabil influenţată prin creşterea procentului de copii rămaşi sănătoşi cu 29%.

Procentul copiilor care au prezentat cîte 1—2 îmbolnăviri a crescut în graficul ciclic respectiv cu 0,6 şi 3, în comparaţie cu procentul copiilor care au prezentat trei sau mai multe îmbolnăviri, procent care a scăzut simţitor cu 9,4 şi 5, ceea ce denotă că supravegherea neîntreruptă a sugarilor a prevenit o serie de îmbolnăviri, contribuind, atît la păstrarea sănătăţii într-un procent mai ridicat, cît şi la scăderea frecvenţei îmbolnăvirilor.

Urmărind pe luni calendaristice morbiditatea copiilor de la 0—1 an, se observă o scădere netă a morbidităţii în 6 din cele 8 luni de cînd s-a

aplicat graficul ciclic de muncă, față de lunile anterioare cînd se lucra în sistem trifazic (graficul nr. 1).



Comparînd morbiditatea copiilor sub 1 an, pe luni de vîrstă, observăm, în general, o scădere a îmbolnăvirilor survenite la toate vîrstele, dar mai ales a dispărut vîrful de morbiditate din jurul vîrstei de 3 și 7 luni, în graficul ciclic, față de sistemul trifazic. Acest fapt se datorește supravegherii mai intense a sugarilor în perioadele mai periclitate, cum este vîrsta de 3 luni cînd la majoritatea sugarilor se introduce alimentația mixtă, sau în jurul vîrstei de 7 luni cînd începe ablactarea. Aceste rezultate ne indică faptul că rețeaua de pediatrie a orașului Tîrgoviște, datorită graficului ciclic de muncă, a reușit să urmărească mai bine morbiditatea copiilor pe grupe de vîrstă, a reușit să se orienteze just în dirijarea muncii de profilaxie, pe care a îndreptat-o spre grupele cele mai periclitate de vîrstă, iar rezultatele obținute au fost concludente.

Ca o consecință a activității profilactice, realizată prin supravegherea neîntreruptă a sugarilor, s-a ajuns ca să se influențeze și vîrsta de apariție a distrofiei. In perioada anterioară, în sistem trifazic, s-a observat că distrofia survenea mai frecvent între 6 și 12 luni, ca o consecință a greșelilor în alimentație, a infecțiilor repetate etc. Aceste deficiențe nu au putut fi corectate din cauza lipsei de timp disponibil a cadrelor medicale, care lucrau în sistem trifazic, prin care se irosea foarte mult timp cu drumurile, munca de teren nefiind dusă în mod planificat,

urmărirea sugarilor făcîndu-se defectuos. După introducerea graficului ciclic de muncă, grupele de vîrstă la care a apărut distrofia au încetat să mai fie ultimele luni, distrofia apărînd din primele luni de viață mai frecvent, ca o urmare a stării de imaturitate sau de copii subponderali.

In ce privește mortalitatea infantilă, aceasta a scăzut cu 50% în perioada de după introducerea graficului ciclic, față de perioada anterioară cînd se lucra în sistem trifazic. Dacă analizăm decesele după locul unde au survenit, se constată că procentul deceselor la domiciliu (din totalul deceselor) a scăzut de la 66% cît era în trimestrul al II-lea 1954 la 25% în trimestrul al IV-lea 1954.

Această importantă scădere a mortalității infantile se datorește reducerii mortalității prin boli transmisibile și alte cauze de boală, care au fost depistate la timp și au putut fi internate în timp util în staționar, datorită muncii de teren, care a fost mai bine asigurată prin graficul ciclic de muncă. ★

Некоторые результаты применения циклического графика работы в педиатрической сети города Тырговиште

Одновременно с внедрением системы объединения в сети педиатрических учреждений города Тырговиште произошли значительные улучшения в лечебно-профилактическом обслуживании детей. Однако наряду с этими хорошими результатами, был обнаружен также и ряд недостатков в связи с применением двухфазной и трехфазной системы, что вызывало задержку в работе.

Принимая во внимание хорошие результаты, полученные при применении циклического графика работы в рамках объединенных детских больниц СССР и РНР. Педриатический институт испытал эту систему в сети педиатрических учреждений города Тырговиште. В статье излагаются организационные формы в рамках трехфазной системы по сравнению с организационными формами в рамках циклического графика работы.

Опыт применения циклического графика работы в городе Тырговиште в течение 8-месячного периода дал ободряющие результать как в отношении функционирования педиатрической сети путем укрепления поликлиники, так и путем улучшения главных показателей действенности этой работы: повышение показателей обслуживания населения, уменьшение скопления больных на приемах в поликлинике, увеличение числа посещений на дому, увеличение процента постоянного наблюдения за грудными детьми, понижение детской заболеваемости и смертности. ★

Quelques résultats obtenus par l'application du graphique cydique dans l'activité de l'organisation sanitaïre pour la prophylaxie et le traitement des maladies infantiles dans la ville de Tîrgoviște

Conjointement avec l'introduction du système de l'unification de l'activité médicale dans l'organisation sanitaire pour la prophylaxie et le traitement des maladies infantiles dans la ville de Tîrgoviste on a enregistré certaines améliorations sensibles dans l'assistance médicale des enfants. Mais, à côté de ces résultats satisfaisants, on a constaté aussi une série de déficiences, dues à l'application du système biphasique et triphasique qui ont freiné cette activité.

Considérant les bons résultats obtenus, réalisés par l'application du graphique cyclique du travail dans le cadre de l'hôpital unifié d'enfants de l'U.R.S.S. et dans notre pays, l'Institut de Pédiatrie a expérimenté ce système pour l'organisation sanitaire pour les enfants de la ville de Tîrgoviste. On expose dans l'article la forme d'organisation du système triphasique, par rapport à la forme organisatrice du cadre grahique cyclique de travail.

L'expérimentation du graphique cyclique du travail de la ville de Tîrgoviste, après 6 mois d'application, nous a donné des résultats encourageants, tant en ce qui concerne le fonctionnement du réseau par le renforcement de la polyclinique qu'en ce qui concerne l'amélioration des principaux indices d'efficience; on a noté l'accroissement de l'indice d'assistance de la population, la diminution du stationnement des malades dans la polyclinique, l'augmentation du nombre des consultations à domicile et du pourcentage de surveillance ininterrompue des nourrissons, ainsi que la diminution de la morbidité et de la mortalité infantiles.

Probleme de organizare a activităţii metodologice în institutele de învăţămînt medical *

Conf. A. Kelemen
(Catedra de organizare sanitară din I.P.S.M. Bucureşti, prof. L. Grom)

Conţinutul unei discipline şi metodele ei de predare nu pot fi considerate ca avînd un caracter static, ca avînd o valabilitate absolută. Pe de o parte, lărgirea continuă a posibilităţilor de cercetare ştiinţifică a fenomenelor medico-biologice, perfecţionarea continuă a metodelor tehnice de investigaţie a acestor fenomene, au ca rezultat îmbogăţirea şi adîncirea cunoştinţelor de specialitate în domeniul ştiinţelor medicale.

Pe de altă parte, însuşirea concepţiei materialismului dialectic, a principiilor biologiei miciuriniste şi a fiziologiei pavloviene, înarmează cadrele medicale didactico-ştiinţifice cu posibilităţile unui studiu permanent critic al conţinutului specialităţii lor. Imbogăţirea şi adîncirea cunoştinţelor de specialitate şi studiul critic amintit nu sînt însă un scop în sine, ci constituie premisele unei activităţi rodnice în două domenii :

1. Transmiterea cunoştinţelor în permanentă dezvoltare cadrelor tinere, noilor generaţii de medici şi farmacişti şi cadrelor medii medico-sanitare, în aşa fel ca acestea să primească nu numai fapte noi, dar şi concepţia justă şi metodele adecvate de interpretare şi aplicare creatoare a lor în practică *(activitate didactico-metodologică)*.

2. Cercetarea ştiinţifică a noi probleme, acumularea de noi rezultate în domeniul acestor probleme fiind menită a duce mai departe realizările specialităţii respective *(activitate ştiinţifică)*.

In activitatea unui instituit de învăţămînt medical aceste două elemente ale activităţii cadrelor medicale nu se pot despărţi unul de altul (în special în institutele de învăţămînt superior), ele întărindu-se reciproc unul pe celălalt.

Atît activitatea didactico-metodologică, însă, cît şi cea de cercetare, trebuie să aibă o organizare ştiinţifică fundamentată, care să permită îmbinarea armonioasă a formelor individuale şi colective de muncă şi perfecţionarea continuă a metodelor de predare şi de cercetare o dată cu dezvoltarea conţinutului disciplinelor respective.

In cadrul acestui articol se vor trata numai problemele organizării activităţii metodologice în institutele medicale de învăţămînt.

1. Incepem cu activitatea metodologică din *învăţămîntul superior medical.*

Diferenţierea ştiinţei medicale este fără îndoială un rezultat pozitiv al dezvoltării ei. Nu trebuie să uităm însă că, cu toată această diferenţiere pe specialităţi mai largi şi mai înguste, ceea ce trebuie avut în vedere din partea fiecărei specialităţi, este omul întreg, nu „organul corespunzător specialităţii respective". Şi ceea ce este şi mai important : cunoştinţele analitice primite în cadrul disciplinelor de specialitate, absolventul facultăţii de medicină — viitor medic de circumscripţie cu atribuţii independente în acordarea asistenţei calificate populaţiei — trebuie să le sumeze nu mecanic, aritmetic, ci trebuie să generalizeze, să se lege într-un tot organic, viu, care să se reflecte printr-o conduită

* Cu acest articol redacţia deschide discuţia asupra problemelor de organizare a activităţii metodologice în institutele de învăţămînt medical.

sintetică în faţa omului întreg, bolnavului întreg. Acest proces de integrare a cunoştinţelor analitice ale studenţilor se desfăşoară în timp şi are ca una dintre premizele obligatorii ca înseşi disciplinele, care contribuie la formarea viitorului specialist, să fie organic legate între ele. Nu ajunge să avem ordine în interiorul unei discipline, pentru a nu avea anarhie în *întregul* procesului de pregătire a studenţilor. Iată de ce disciplinele, care se predau concomitent sau au un loc asemănător în procesul de pregătire a studenţilor, au nevoie să-şi coordoneze întreaga lor activitate didactică, metodologică, să-şi elaboreze printr-o luptă liberă şi principială de opinii o unitate de concepţie în privinţa problemelor tratate de ele (de exemplu disciplinele morfo-fiziologice normale din anul I şi al II-lea, disciplinele morfo-fiziologice patologice din anul al III-lea). Acest rol este menit a-l juca comisia metodologică a disciplinelor. Aceasta este justificarea teoretică a poziţiei Ministerului Sănătăţii, care a preconizat, încă începînd din anul şcolar 1952—1953, înfiinţarea *comisiilor speciale de metodă* în I.M.F.-uri, după cum urmează :

a) Comisia specială de metodă a disciplinelor morfo-fiziologice normale (anul I şi al II-lea) ;

b) Comisia specială de metodă a disciplinelor morfo-fiziologice patologice (anul al III-lea) ;

c) Comisia specială de metodă a disciplinelor teraupetice ;

d) Comisia specială de metodă a disciplinelor chirurgicale ;

e) Comisia specială de metodă a disciplinelor de pediatrie pentru facultăţile de pediatrie ;

f) Comisia specială de metodă a disciplinelor de stomatologie pentru facultăţile stomatologice ;

g) Comisia specială de metodă a disciplinelor de chimie şi fizică a facultăţilor de farmacie ;

h) Comisia specială de metodă a disciplinelor farmaceutice a facultăţilor de farmacie.

Prin coordonarea metodologică a disciplinelor, care se predau concomitent sau au un loc asemănător procesului de pregătire a studenţilor, se realizează, însă, numai legături orizontale, fragmentare ale disciplinelor. Este necesară şi înjghebarea unei legături verticale între disciplinele cuprinse de diferite comisii speciale de metodă. De exemplu : catedrele de microbiologie trebuie să aibă legături metodologice intense, nu numai cu comisia disciplinelor din anul I şi al II-lea şi cu cea din anul al III-lea, ci şi cu catedrele de epidemiologie şi de clinica bolilor infecţioase, dezbătînd şi punînd la punct în şedinţe comune probleme de tematică şi de metodă interesînd toate cele trei catedre. In acest fel munca lor didactică va fi dusă pe baza unei concepţii unitare, perfecţionîndu-se ca rezultat al schimbului de opinii, al ajutorului reciproc.

Această legătură verticală este realizată de *comisia centrală de metodă* a institutului, în compoziţia căreia intră în mod obligatoriu preşedinţii comisiilor speciale de metodă şi care e remarcabil să fie condusă de prorectorul (directorul adjunct) pentru studii al institutului. Este recomandabil ca din această comisie centrală să facă parte şi şefii catedrelor de ştiinţe sociale, de istorie a medicinei, de organizare sanitară, aceste catedre putînd da o contribuţie mai eficientă, la acest nivel, al

desfăşurării muncii metodologice din institut. Prin această formă de organizare, munca metodologică a Institutului medico-farmaceutic poate să se desfăşoare într-un sistem unitar.

★

Metodele de predare a unei discipline medicale, trebuie ştiinţific fundamentate. De aceea constituie o problemă primordială elaborarea de îndreptare metodologice pentru predarea fiecărei discipline şi executarea lucrărilor practice din ele. In această privinţă pe baza experienţei învăţămîntului nostru medical şi a preţioasei experienţe a învăţămîntului medical sovietic, comisiile metodologice e bine să ţină cont de următoarele :

a) în etapa actuală de bogăţie a cunoştinţelor medico-biologice întregul material pe care-l conţin programele analitice nu se poate preda de la catedră fără a risca scăderea nivelului lecţiilor.

Considerăm că programa analitică stabileşte volumul cunoştinţelor ce trebuie însuşite de către studenţi, dar care nu e obligatoriu să se predea în toate detaliile de către profesori, conferenţiari etc.

b) Lecţia să conţină problemele de bază, cardinale ale disciplinei, noile cuceriri ale ei, prin care studentul poate primi raţionamentul medical, orientarea în disciplină, capacitatea întrebuinţării juste a manualelor, a literaturii indicate în bibliografie. Nicidecum lecţia nu poate să fie o repetiţie mecanică a capitolului respectiv din carte.

Lenin, adresîndu-se în 1919 studenţilor de la Universitatea Sverdlov, a spus : „Cel mai important lucru este ca în urma lecţiilor voastre, în urma discuţiilor şi a prelegerilor pe care le-aţi ascultat, să căpătaţi capacitatea de a studia independent. Numai atunci cînd veţi învăţa să cercetaţi independent, numai atunci vă veţi putea considera destul de siguri în convingerile voastre şi le veţi putea apăra cu succes în faţa oricui şi oricînd" [1].

O importanţă deosebită are stabilirea conţinutului diferitelor capitole ale unei discipline, în aşa fel ca fiecare capitol să corespundă, atît în privinţa volumului, cît şi a nivelului cunoştinţelor oferite necesităţii de a contribui la pregătirea de bază a viitorului medic, fiind vorba de învăţămîntul medical de bază şi nu de specializare.

c) In ceea ce priveşte metodele de laborator, în cadrul lecţiei nu trebuie predat decît principiul metodelor importante, metodica propriu-zisă însuşindu-se în cadrul pregătirii pentru lucrările practice şi în cadrul executării acestora. In acest fel se cîştigă timp şi pentru lecţii. Acestea, în ceea ce priveşte unele aspecte de metodologie generală a predării cursului, a dozării unei lecţii.

d) Nu este deajuns, însă, să avem numai o metodologie generală de predare a unei lecţii, trebuie să se elaboreze şi metodologia specială a predării unor capitole. Este îndeobşte cunoscut, de exemplu, fenomenul că anumite noţiuni şi probleme se repetă în cadrul diferitelor discipline medicale. „Pe cel ce învaţă fără să recapituleze din cînd în cînd materia parcursă, marele pedagog rus C. D. Uşinschi îl asemuieşte cu un căruţaş beat, care pornind cu o încărcătură la drum, de cum porneşte mînă mereu înainte fără a se mai opri şi a-şi cerceta încărcătura. La sfîrşit

[1] *Prof. Stanciu Stoian.* Indrumar metodologic pentru studiul individual.

el este bucuros că a parcurs un drum lung într-un timp record, dar în căruţă nu mai are nimic. La fel este elevul sau studentul care nu face exerciţii recapitulative" (citat după prof. Stanciu Stoian, din aceeaşi lucrare).

Raportînd cele de mai sus la activitatea catedrelor putem afirma că dacă repetarea unor probleme de către anumite discipline are loc în mod spontan, izvorînd dintr-o anarhie a procesului de învăţămînt, atunci repetarea este un fenomen negativ. Dacă însă programele de studiu ale disciplinelor care se predau concomitent se coordonează între ele prin munca organizată a comisiilor metodologice speciale şi cu programele disciplinelor care se predau în succesiunea planului de învăţămînt prin munca comisiei centrale metodologice a I.M.F.-ului, atunci se va şti dinainte şi chiar se va stabili în mod planificat care disciplină, va repeta anume noţiuni şi probleme la un nivel mai înalt în cadrul unui capitol special al ei, prin aceasta subliniind, fixînd şi concretizînd tocmai cunoştinţele şi deprinderile însuşite în prealabil de către studenţi în cadrul altor discipline (de exemplu disciplina de clinică medicală din anul al V-lea repetă, dar pe un plan mai complex, cunoştinţele însuşite la fiziopatologie, clinica medicală semiologică şi clinica medicală din anul al IV-lea ; igiena muncii repetă anumite probleme şi metode studiate deja în cadrul igienei generale şi igienei comunale, dar aplicîndu-le la condiţiile mediului industrial şi la interdependenţa acestuia cu organismul muncitorului).

e) Lecţia la rîndul ei trebuie să fie ilustrată de material practic demonstrativ. În acest scop auditoriile trebuie amenajate tematic cu material demonstrativ (în plus sînt necesare mai multe muzee, filme didactice, dispozitive etc.).

Tot acestui punct aparţine şi problema însoţirii lecţiilor cu demonstrări de experienţe (fiziologie, fiziopatologie, farmacologie etc.) şi cu prezentări de bolnavi.

f) Cît priveşte îndreptarul metodologic al unei lucrări practice, acesta e recomandabil să conţină printre altele: bibliografia lucrării practice, întrebările de control pe baza cărora trebuie să se pregătească studentul pentru lucrarea practică şi pe baza cărora se verifică cunoştinţele lui la începutul lucrării, schema metodicii care trebuie însuşită pentru a se putea executa lucrarea practică în mod priceput, înşirarea aparaturii, instrumentelor, preparatelor, substanţelor, animalelor de experienţă etc., necesare pentru executarea lucrării, schema după care să se alcătuiască protocolul despre desfăşurarea şi concluziile lucrării.

Factorul decisiv în formarea medicilor şi farmaciştilor este pregătirea lor practică. De aceea lucrările practice din fiecare disciplină trebuie să fie minuţios pregătite şi dezbătute în prealabil în colectivul catedrei. Pe baza indicaţiilor şefului catedrei (disciplinei), ţinînd cont de succesiunea calendaristică a lucrărilor practice, rînd pe rînd asistenţii şi lectorii (după necesitate şi conferenţiarul) trebuie să pregătească, conform cerinţelor de mai sus, cîte o lucrare practică cu îndreptarul metodologic necesar. După expunerea şi dezbaterea lucrării în cadrul colectivului catedrei şi aprobarea ei de către şeful catedrei, se execută lucrarea de studenţi sub îndrumarea unitară şi controlul cadrelor didactice.

Pentru toate aceste probleme de metodă, înşirate, nu există scheme

rigide cu valabilitate absolută. Ele trebuie în mod sistematic puse în ordinea de zi a şedinţelor metodologice ale catedrelor, comisiilor speciale şi centralelor metodologice, pentru a se putea elabora soluţii cît mai adecvate, aplicabile cu eficienţă în munca didactică a institutelor de învăţămînt superior medical.

Imbunătăţirea învăţămîntului superior medical trebuie să se desfăşoare ca un proces continuu. Aceasta necesită însă o serie de premize, care să favorizeze desfăşurarea muncii metodologice în institute. In crearea acestor premize, pe lîngă Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Invăţămîntului, un rol deosebit au avut, au şi vor avea catedrele Institutelor medico-farmaceutice.

O premiză importantă a adaptării procesului de învăţămînt la necesităţile reale ale terenului este cunoaşterea de către conducătorii şi cadrele didactice ale Institutelor medico-farmaceutice a profilului cadrelor pe care le pregătesc, a locului şi atribuţiilor lor în reţeaua de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră. Necesităţile reale ale terenului o dată pătrunse în conştiinţa cadrelor didactice ale I.M.F.-ului văzute în mod ştiinţific de către acei care pregătesc cadrele tinere de medici, devin forţe motrice permanente în ducerea înainte a procesului de învăţămînt, în ridicarea la un nivel calitativ din ce în ce mai înalt al acestuia.

Elaborarea pe baza necesităţilor reţelei noastre medico-sanitare, a documentaţiei preţioase sovietice şi a experienţei învăţămîntului nostru medical superior, a planurilor unitare de învăţămînt şi a programelor de studii unitare, constituie numai una din cele mai importante premise.

Programele unitare de lucrări practice în parte elaborate, în parte în curs de elaborare, constituie o altă premisă importantă.

Aceste programe însă nu pot fi considerate ca avînd o valabilitate o dată pentru totdeauna. Ele, precum şi îndreptarele metodologice ale lucrărilor practice, se pot îmbunătăţi permanent prin focul aplicării lor practice, prin activitatea metodologică critică şi autocritică de la nivelul catedrelor, comisiilor speciale şi centralelor metodologice din institutele noastre.

Munca metodologică a catedrelor şi comisiilor metodologice în sem. al II-lea al unui an în curs trebuie să se desfăşoare deja sub semnul pregătirii anului viitor. Faptul că metodologia generală a unei discipline şi metodologia specială a ei pe capitole, lecţii şi lucrări, a fost pusă la punct pentru anul şcolar 1954—1955, de exemplu, nu înseamnă că acestea au valabilitatea absolută şi pentru anul 1955—1956. Viaţa merge înainte şi cere perfecţionarea zilnică a cunoştinţelor şi metodelor de transmitere a acestor cunoştinţe. In afară de faptul că asistentul sovietic conduce lucrarea practică pe baza unui material metodologic oficial al catedrei, de exemplu el are un caiet în care îşi notează zilnic experienţa, impresiile noi culese în cursul muncii didactice, propunerile studenţilor grupei sau ale altor asistenţi etc. In felul acesta şedinţele metodologice ale catedrei au totdeauna un material viu, pe baza căruia se discută şi se perfecţionează în permanenţă munca.

Profesorii sovietici nu se jenează a declara despre un manual al lor, apărut cu 2—3 ani în urmă că „s-a învechit", dacă viaţa a depăşit manualul. Cu aceasta se explică de ce unele cărţi după care ne-am condus cu 2—3 ani în urmă nu se mai recomandă în acest scop şi se scriu altele în locul lor.

★

Dat fiind specificul disciplinelor primilor 2 ani din I.M.F.-uri, precum şi *specificul studenţilor* acestor 2 ani de studiu (ei sînt în faza de tranziţie de la metodele de studiu din şcoala medie la metodele de studiu din institutul de învăţămînt superior şi, nefiind încă adaptaţi la condiţiile schimbate, au nevoie de o educaţie specială în această direcţie), pentru anul I şi al II-lea este necesară, după cum s-a mai arătat, o comisie specială de metodă. Comisia specială de metodă a disciplinelor morfofiziologice normale are cea mai mare responsabilitate, atît în privinţa *obiectului* muncii ei: metodologia disciplinelor din anul I şi al II-lea cît şi în privinţa *subiectului:* studentul tînăr, neexperimentat în metodele de învăţămînt din I.M.F., neadaptat la acestea.

O analiză mai adîncită a situaţiei procesului de învăţămint, de însuşire a cunoştinţelor profesionale în primii 2 ani ne arată o serie de deficienţe dintre care o parte privesc încă şcoala medie, o altă parte privesc însă institutul de medicină.

Absolvenţii şcolilor medii vin în I.M.F. cu cunoştinţe insuficiente, neasimilate, în domeniul disciplinelor de chimie, fizică, matematici, ceea ce face ca în cadrul primelor două discipline în anul I de medicină cadrele didactice să fie obligate a consacra un timp însemnat pentru explicarea noţiunilor elementare de fizică şi chimie, neputînd consacra timpul necesar aplicaţiilor medicale ale acestor discipline. Pe de altă parte, studenţii sînt nevoiţi a-şi epuiza partea mai însemnată a timpului lor pentru studiul acestor discipline paramedicale, neputîndu-şi asigura timpul necesar studierii şi însuşirii disciplinelor medico-biologice (anatomice, biologice, istologie, fiziologie). O concluzie a acestor părţi a analizei noastre este că trebuie în primul rînd revizuite metodele de instruire şi educare în şcoala medie, iar în al doilea rînd trebuie trecut în viitorul apropiat la învăţămîntul mediu de 11 ani, pentru a putea da o pregătire de cultură generală, relativ satisfăcătoare, absolvenţilor şcolilor medii. Printr-un învăţămînt mediu de 11 ani, absolvenţii şcolilor medii vor fi mai maturi pentru institutele de învăţămînt superior.

Cealaltă concluzie priveşte Institutul de învăţămînt superior medico-farmaceutic. Pînă în prezent activitatea metodologică a cadrelor didactice din I.M.F., a conducerii acestor institute şi a Direcţiei învăţămîntului medical din Ministerul Sănătăţii abia a depăşit stadiul preocupării de alcătuire de planuri de învăţămînt şi programe analitice de studiu. Or, deşi a da acestor documente didactice un conţinut, o orientare justă este o realizare destul de importantă, totuşi nu se poate limita la aceasta activitatea metodologică a acestor foruri.

Primul pas în aplicarea planului de învăţămînt este alcătuirea cadrului în care se desfăşoară procesul de învăţămînt: orariul. S-ar părea că alcătuirea acestuia este o sarcină pur administrativă, care se poate executa de orice persoană, străină de specialitate. Aceasta este o atitudine complet greşită. Orariul trebuie să reflecte concepţia didactico-organizatorică a cadrelor de conducere a procesului de învăţămînt. Orariul trebuie să reflecte, nu numai înţelegerea justă a legăturii, a succesiunii disciplinelor medicale şi nemedicale în cursul unei săptămîni sau al unei zile, dar el trebuie să reflecte şi justa înţelegere a raporturilor studentului cu aceste discipline, a posibilităţilor optime ale studentului de a cuprinde în modul cel mai eficient cunoştinţe din domenii variate de specialitate, în cadrul unei zile de muncă.

Planurile de învăţămînt din I.M.F. cuprind circa 36 de ore săptămînal, într-o proporţie, aproximativă, de o parte teorie, două părţi practică. In conformitate cu această proporţie este de dorit şi este posibil ca studentul să nu aibă zilnic mai mult de maximum 3 materii : o lecţie de 2 ore şi două lucrări practice de cîte 2 ore (în cazul stagiului clinic acesta fiind de 3 ore zilnic). Printr-o astfel de repartiţie a zilei se lichidează fragmentarea nesănătoasă a orelor, în unele locuri mai cauzează încă şi azi ambulări de o oră (dus şi întors) pentru audierea unei lecţii de o oră şi încărcarea graficului zilnic cu 4—5 discipline, cu următorul rezultat : se pierd multe ore din timpul studiului individual, iar timpul rămas pentru studiul de zi cu zi se utilizează din punct de vedere pedagogic cu eficienţă scăzută din cauza unui şir întreg de discipline ce se audiază într-o zi. Pentru ca orariul să reflecte o concepţie justă în problema arătată este necesar ca problemele principiale legate de acesta să intre şi ele în sfera de activitate a comisiilor de metodologie. O justă alcătuire a orariului este o premisă organizatorică pentru asigurarea studiului individual al studenţilor.

Pentru înjghebarea unui studiu individual continuu, de zi cu zi, mai trebuie însă şi alte premise :

1. condiţii de documentare (cursuri litografiate, manuale, reviste, îndreptare de lucrări practice etc.);
2. însuşirea metodelor juste de studiu individual şi
3. educaţie politică, temeinică în această direcţie.

In asigurarea fiecăreia din aceste 3 condiţii un rol deosebit joacă comisia specială de metodă.

Să analizăm fiecare din aceste 3 condiţii :

1. *Condiţiile de documentare.* Institutele medico-farmaceutice, prin litografierea de cursuri, asigură într-o măsură oarecare (maximum mediocră) studenţii cu materialul necesar pentru a se pregăti pentru colocvii şi examene. Aceste cursuri litografiate în nici un caz, însă, nu sînt suficiente, nici cantitativ, nici calitativ, pentru asigurarea studiului individual zilnic al studenţilor. De aceea o premisă, care e menită a contribui decisiv la punerea bazelor unui studiu individual permanent al studenţilor este editarea în tiraj a manualelor unice. Iată ce spune I. A. Cairov în această privinţă „Manualul este cartea care conţine expunerea ştiinţifică, ordonată şi accesibilă elevilor, a materialului predat în conformitate cu programa şi cu cerinţele didactice".

Tot în „Îndrumar metodologic pentru studiul individual", prof. Stanciu Stoian scrie că : „Manualul şi forma lui mai dezvoltată cu aparat ştiinţific mai perfect — tratatul — sînt cărţi de căpătîi pentru student şi rămîn astfel şi pentru mai tîrziu, cînd studentul a terminat studiile".

Pentru asigurarea în proporţii considerabile a acestei premise sînt date condiţiile prin experienţa acumulată de-a lungul anilor de către cadrele didactice în domeniul redactării de cursuri litografiate şi într-o măsură mai mică în domeniul redactării de manuale. In privinţa lucrărilor practice, însă, înainte de a le edita sub formă de manuale (compendii) practice unitare, este nevoie de o susţinută muncă din partea catedrelor tuturor I.M.F.-urilor, privind elaborarea de îndreptare metodologice pentru fiecare lucrare practică a fiecărei discipline. In măsura în care se realizează acest obiectiv, urgent de altfel, I.M.F.-urile trebuie să pună aceste îndreptare metodologice ale lucrărilor practice la dispoziţia

studenţilor sub formă litografiată. După aceea se va putea trece la o sinteză critică, la generalizarea experienţei în acest domeniu a catedrelor I.M.F., editîndu-le manuale practice unitare în mare tiraj.

Asigurînd aceste premise şi completînd bibliotecile I.M.F. cu un număr suficient de reviste din toate specialităţile pentru documentarea studenţilor, creăm condiţii obiective pentru un studiu individual continuu al studenţilor, eficienţa muncii didactice putînd să se intensifice astfel din an în an în institutele de învăţămînt superior medical.

2. *Insuşirea metodelor juste de studiu individual.* I. V. Stalin, la consfătuirea cadrelor didactice din învăţămîntul superior în 1938, a spus: „Dacă studentul s-ar obişnui în timpul învăţăturii să capete totul de-a gata, fără să ajungă la aceasta prin propria sa muncă, ne-am aştepta zadarnic ca un astfel de student terminîndu-şi cursurile să poată manifesta independenţa necesară în munca practică".

In această privinţă studenţii institutelor medico-farmaceutice au primit doar imbolduri din partea cadrelor didactice, nu şi îndrumări concrete privind metodele juste de a studia un material, de a alege esenţialul din el. Or, în această privinţă studenţii anului I şi al II-lea au nevoie de un sprijin deosebit din motivele arătate mai înainte. Pe lîngă faptul că nu s-au asigurat încă acele condiţii obiective despre care am vorbit şi condiţii subiective (de aducaţie) suficiente pentru a-l convinge pe student de necesitatea studiului individual de zi cu zi, o cauză a lipsurilor în această direcţie şi a neurastenizării unei părţi a studenţilor în partea a doua a anului, şi în special în perioada examenului de fine de an, este şi faptul că ei nu ştiu să înveţe. Mulţi studenţi se prezintă, de exemplu, la examenul de anatomie şi se vede din răspunsurile lor că au învăţat, dar s-au ales numai cu detalii izolate, moarte, de morfologie, în loc să vadă organismul viu cu funcţiile lui. In aceasta vina este şi a catedrei. Considerăm că una dintre procupările comisiei speciale de metodă şi în special ale comisiei disciplinelor din anul I şi al II-lea, trebuie să fie tocmai studierea celor mai eficace metode de studiu individual. Pe lîngă comisia aceasta de metodă s-ar putea crea un colectiv de cadre didactice (lectori, asistenţi şi preparatori ai catedrelor interesate), care să studieze această problemă la faţa locului: să asiste în cîteva rînduri 2—3 ore la studiul individual al unor studenţi din cămine, să observe felul cum au luat notiţe din lecţia ţinută de profesori, cum conspectează materialul studiat acasă, cum rezumă esenţa capitolului studiat şi să dea la faţa locului îndrumări metodologice în acest sens. Materialul de observaţie cules de acest colectiv de cadre didactice ar urma să fie dezbătut în cadrul comisiei de metodă, iar concluziile să se comunice studenţilor sub formă de îndrumări concrete. Aceste îndrumări au o parte generală, comună pentru toate disciplinele, dar trebuie să aibă şi o parte specială, determinată de specificul fiecărui grup de discipline (fizico-chimice, anatomie-istologie, fiziologie etc.).

3. *Munca de educaţie politică* din partea U.T.M.-ului şi a sindicatului trebuie axată în mod concret pe problemele de învăţămînt, de studiu individual. Aceste organizaţii trebuie să desfăşoare o puternică muncă de educaţie a studenţilor în cadrul grupei, verigă de bază a îndrumării, urmăririi şi controlului activităţii studenţilor. Cu ajutorul organizaţiilor politice şi de masă din institut, comisia de metodă poate să studieze metodele de studiu individual ale elementelor fruntaşe la învăţătură, precum

şi ale celor rămaşi în urmă, să generalizeze metodele bune şi să arate esenţa metodelor greşite, combătîndu-le. Organizaţia U.T.M. şi sindicatul, îngrijindu-se prin educaţie politică ca metodele bune să fie aprobate de opinie publică a grupei şi să fie şi aplicate în munca concretă zilnică, au un rol deosebit în organizarea formei, ajutorului tovărăşesc în acest domeniu; astfel studenţii mai bine pregătiţi şi cu metode mai bune de studiu individual să dea ajutor celor cu metode mai puţin eficace şi deci mai slab pregătiţi în timpul anului şi în cadrul pregătirilor la examen. Această metodă s-a aplicat cu succes în U.R.S.S., contribuind astfel ca numărul celor slab pregătiţi să fie din ce în ce mai redus.

2. In ceea ce priveşte activitatea metodologică în cadrul Institutului de perfecţionare şi specializare a medicilor, aceasta prezintă un specific ce nu se întîlneşte la I.M.F., pe cînd în cadrul unei facultăţi a I.M.F.-ului se pregăteşte un singur profil medical (sau farmaceutic), la I.P.S., cu o infimă excepţie, fiecare catedră pregăteşte (specializează sau perfecţionează) un grup de medici într-o specialitate. Astfel, deşi I.P.S.-ul se compune numai din 3 facultăţi: facultatea de terapie, facultatea de chirurgie şi facultatea de igienă şi organizare sanitară; în cadrul fiecăreia din aceste facultăţi se pregătesc medici din zeci de specialităţi. La pregătirea fiecărui specialist participă o catedră cu rolul principal în acest sens (catedra principală de specialitate), care dă propriu-zis specialitatea medicului şi catedre învecinate, suplimentare, care sprijină, contribuie la însuşirea specialităţii de bază. De exemplu: rolul principal în pregătirea epidemiologului îl are catedra de epidemiologie (catedra principală de specialitate), dar acest proces de pregătire este susţinut de catedrele de microbiologie, clinica bolilor infecţioase, organizarea sanitară etc. Munca acestor două categorii de catedre nu se sumează însă în mod mecanic; ea trebuie în mod conştient dirijată înspre scopul unic: pregătirea după aceleaşi principii unitare, a specialistului.

Dacă rolul catedrei suplimentare este să susţină pregătirea în specialitate a medicului, atunci acest principiu trebuie să se reflecte şi în dinamica procesului de învăţămînt, în succesiunea în care se predau diferitele discipline. De exemplu: pentru a pregăti un ftiziolog, acesta are nevoie să urmeze o perioadă determinată şi clinica medicală diagnostică. Pentru ca însă catedra de clinică medicală să susţină procesul de formare a specialistului ftiziolog, este necesar ca predarea diagnosticii medicale să preceadă cursul şi stagiile de ftiziologie. Aplicarea principiilor unitare în pregătirea specialistului impune ca întregul proces de pregătire a specialistului (succesiunea şi metodologia lecţiilor şi lucrările practice, atît ale disciplinei de bază, cît şi ale disciplinelor suplimentare), să fie coordonate de şeful catedrei principale de specialitate. Rezultă din cele de mai sus, că după prima verigă a activităţii metodologice, care şi la I.P.S., *este reprezentată de colectivul metodologic al catedrei* (compus din cadrele didactice ale unei catedre), urmează *colectivul metodologic al specialităţii* (compus din şefii sau reprezentanţii catedrelor, care colaborează în pregătirea unui specialist).

Intrucît o catedră, în majoritatea cazurilor, trebuie să colaboreze la pregătirea mai multor grupe de specialişti, această catedră prin reprezentanţii ei (şeful catedrei sau alte cadre didactice ale catedrei) va putea să participe în munca mai multor colective metodologice de speciali-

tate (de exemplu catedra de organizare sanitară va trebui să participe în munca colectivului metodologic al specialităţii de medicină internă, de chirurgie, de igiena muncii etc.).

Intrucît specialităţile de terapie au un specific al conţinutului lor, al metodelor lor de muncă şi de predare, ce le caracterizează într-un fel faţă de disciplinele facultăţii de chirurgie sau ale facultăţii de igienă şi organizare sanitară, este o necesitate a celor 3 categorii de discipline ca ele să-şi formeze cîte o *comisie metodologică de facultate,* pentru elaborarea şi coordonarea aplicării metodelor adecvate grupului respectiv de discipline, facultăţi respective. Aceste comisii constînd din responsabilii colectivelor metodologice de specialitate din cadrul unei facultăţi, trebuie conduse de un preşedinte (decanul sau profesorul sau conferenţiarul cel mai experimentat în probleme de metodologie).

Pentru coordonarea muncii metodologice pe institut, este nevoie şi la I.P.S., ca şi la I.M.F., de o *comisie centrală metodologică.* Preşedintele acestei comisii centrale este recomandabil să fie prorectorul de studiu al I.P.S., iar membrii obligatorii sînt preşedinţii comisiilor metodologice de facultate. Este recomandabil să facă parte din această comisie centrală metodologică şi şefii catedrelor de bazele marxism-leninismului, organizare sanitară şi fiziologie, în calitate de catedre, care participă în programul de specializare şi perfecţionare a tuturor medicilor şi farmaciştilor care trec prin I.P.S.

3. Tratăm acum activitatea metodologică din învăţămîntul mediu medical.

Hotărîrea C.C. al P.M.R. şi a Guvernului R.P.R., cu privire la organizarea şcolilor profesionale de ucenici, a şcolilor tehnice şi a şcolilor tehnice de maiştri din ianuarie 1955, constituie un document preţios de trecere în revistă a realizărilor obţinute în ţara noastră de la reforma învăţămîntului în domeniul pregătirii cadrelor medii în şcolile medii tehnice şi de calificare, precum şi a deficienţelor în acest domeniu.

Documentul de mai sus accentuiază în special deficienţele în privinţa pregătirii practice a elevilor, datorită cărora absolvenţii şcolilor respective nu au putut da randamentul necesar în producţie. Aceste constatări sînt întru totul valabile sectorului de pregătire a cadrelor medii medicale.

Noul sistem de şcoli medii medicale prevăzut de hotărîre (şcoli tehnice pentru pregătirea felcerilor şi a ajutorului farmacist, cu şcolaritate de bază de 10 clase şi şcoli profesionale pentru pregătirea surorilor, moaşelor şi laboranţilor, cu şcolaritatea de bază de 7 clase elementare) necesită tocmai în vederea lichidării şi prevenirii lipsurilor vechiului sistem de şcoli o organizare raţională a procesului de învăţămînt şi aşezarea activităţii metodologice în centrul preocupărilor cadrelor didactice ale şcolilor medii medicale.

Intr-o şcoală medie medicală planul de învăţămînt cuprinde multe cicluri :

a) ciclul disciplinelor de cultură generală (şcolile de felceri, care pe baza hotărîrii menţionate condiţionează admiterea şcolarităţii de bază de 10 clase nu mai au acest ciclu ; îl au numai şcolile de surori, moaşe, laboranţi şi tehnicieni dentari);

b) ciclul disciplinelor de cultură tehnică generală (anatomie, fiziologie, fiziopatologie, anatomie patologică, farmacologie etc.);

c) ciclul disciplinelor de cultură tehnică de specialitate (clinică, de igienă, de farmacie, de laborator, de tehnică dentară etc.).

Este o concluzie firească a acestei structuri a planului de învăţământ ca munca metodologică colectivă a disciplinelor să se organizeze după acelaşi principiu: *funcţionarea unei comisii metodologice pentru fiecare ciclu.* (Nu trebuie uitat însă, că baza de pornire a activităţii metodologice este munca individuală în acest sens a fiecărui profesor de şcoală medie medicală sau farmaceutică. In cazul în care lecţiile şi lucrările practice dintr-o disciplină se predau, respectiv se conduc de mai mulţi profesori, aceştia formează un *colectiv metodologic al disciplinei* pentru coordonarea activităţii lor, pentru elaborarea şi dezbaterea metodologiei speciale, pe capitole, pe lecţii, a disciplinei lor).

Comisia metodologică de ciclu are rolul coordonării muncii metodologice a disciplinelor componente, al dezbaterii conţinutului şi metodologiei generale de predare a lecţiilor şi de conducere a lucrărilor practice şi stagiilor. Comisia metodologică de ciclu cunoaşte şi aprobă planul didactic metodologic individual, calendaristic al fiecărui profesor. Preşedinţii comisiilor metodologice de ciclu formează *colectivul metodologic al directorului adjunct pentru studii.* Prin acest colectiv conducerea şcolii asigură unitatea de principii în activitatea comisiilor metodologice de ciclu şi coordonarea planificată a acestei activităţi.

Prin rezultatele muncii metodologice desfăşurate de jos în sus, viaţa Consiliului pedagogic capătă un conţinut real legat de cele mai importante probleme de instruire şi educaţie din şcoală, căci în ultima instanţă generalizarea experienţei metodologice a verigilor înşirate mai înainte şi lupta de opinii la marginea acestei experienţe se desfăşoară în şedinţele consiliului pedagogic al şcolii.

Pentru studierea de noi metode ale învăţământului teoretic şi practic, aplicabile în şcolile medii medicale, este necesar ca cel puţin o şcoală tehnică medicală şi una de calificare să fie folosite ca *baze metodologice* pentru Ministerul Sănătăţii, Direcţia învăţământului medical şi ca *centre metodologice* pentru celelalte şcoli medii medicale din ţară. Prin organizarea exemplară a procesului de învăţământ, prin metodele juste şi încercate de pregătire şi educare a elevilor şi de ridicare a calificării cadrelor didactice ale şcolii, acestea pot să devină focare, de unde să se răspîndească această experienţă înaintată la toate şcolile medii medicale din ţară.

Pentru a înjgheba o muncă metodologică rodnică în cadrul fiecărei şcoli medii medicale, este nevoie ca această muncă să fie îndrumată, coordonată şi controlată şi de către organele locale. In acest scop e recomandabil, ca la reşedinţa fiecărei regiuni, lîngă şcoala cea mai tare şi mai experimentată din punct de vedere didactico-metodologic şi organizatoric, să se creeze un *cabinet de metodă,* compus din directori de şcoli, directori adjuncţi pentru studii, cadre didactice medicale şi nemedicale dintre cele mai experimentate, care (ca un activ voluntar) să studieze şi să îndrumeze munca metodologică a şcolilor din regiunea respectivă pe baza indicaţiilor primite de la Ministerul Sănănătii, Direcţia învăţământului medical şi a experienţei acumulate de către cadrele medicale didactice din şcolile din acea regiune.

Acest cabinet de metodă va putea organiza conferinţe didactico-metodologice, schimburi de experinţă, contribuind astfel la generalizarea

experienței bune și la lichidarea a ceea ce s-a învechit în munca școlilor medii medicale.

Ministerul Sănătății (Direcția învățământului medical), secția sanitară regională și direcțiile școlilor medii medicale e bine să organizeze în timpul vacanțelor de vară, cicluri de conferințe pentru perfecționarea profesorilor în probleme generale de metodologie a învățământului mediu medical și în probleme de metodologie specială pe profiluri. Pentru sprijinirea acestor acțiuni este necesară și antrenarea cadrelor Institutului pedagogic (acolo unde există acesta) și ale institutelor de învățământ superior medical și de cercetări științifice ale Ministerului Sănătății.

4. Cît privește munca metodologică a instituțiilor medico-sanitare, nedidactice, din rețea, dar totuși unități în care se desfășoară calificarea continuă a cadrelor de medici și medii medicale la locul de muncă, centrul acestei munci poate să fie un *serviciu organizatorico-metodologic* în cadrul viitorului spital metodologic regional. Această muncă metodologică a Serviciului organizatorico-metodologic ar putea fi condusă de specialistul principal regional, după principiile arătate în capitolul respectiv. Grupul specialiștilor principali de la nivelul regiunii va putea constitui un colectiv metodologic puternic, de elaborare prin serviciile organizatorico-metodologice a îndreptarelor pentru secțiile spitalului metodologic regional, pentru unitățile medico-sanitare din teritoriul regiunii îndrumate de ele (spital raional, spital de circumscripție etc.) și de organizare, coordonare și control al aplicării acestora în procesul de calificare a medicilor și cadrelor medii din rețea, în conformitate cu directivele organelor centrale și regionale ale Ministerului Sănătății. Bineînțeles că pentru a putea să îndeplinească aceste atribuții, specialiștii principali regionali, vor trebui să fie instruiți periodic în cadrul decadelor organizate la nivelul I.P.S.-ului și în probleme actuale de metodologie.

★

Munca metodologică astfel organizată la nivelul institutelor de învățământ medical mediu, superior și postuniversitar și al instituțiilor propriu-zis nedidactice din rețea, trebuie, pe de o parte, îndrumată și coordonată, iar pe de altă parte, controlată de un for tehnic superior al Ministerului Sănătății. In acest scop, s-a înființat în anul 1953 în cadrul Direcției învățământului medical a Ministerului Sănătății, *cabinetul de metodă*. Inființarea acestui cabinet este însă numai un prim-pas, necesar dar insuficient, pentru rezolvarea atribuțiilor centrale amintite. Este o necesitate absolută înjghebarea lîngă Direcția învățământului medical din Ministerul Sănătății a unui organ tehnic consultativ: *sfatul metodologic*, cu atribuția de a elabora lucrări de metodologie, de a dezbate probleme de metodologie de importanță pentru toate gradele învățământului medical, de a generaliza experiența metodologico-didactică înaintată de pe teren. Acest sfat, e recomandabil să cuprindă reprezentanții cei mai experimentați în munca didactico-metodologică a institutelor de învățământ medical mediu, superior, postuniversitar și reprezentanți ai instituțiilor medico-sanitare nedidactice, dar totuși foruri cu atribuții în calificarea cadrelor medico-sanitare (spitalul metodologic regional, spital raional etc.).

Sfatul trebuie să se organizeze pe secții:

a) secție de învățământ mediu;
b) secție de învățământ superior;
c) secție de învățământ de specializare și perfecționare.

Această formă de organizare este dictată de specificul fiecărui grad de învățămînt.

Acțiunea întreprinsă de Ministerul Sănătății la sfîrșitul anului 1954, privind larga consultare a cadrelor medicale didactice și din rețea în problemele pregătirii cadrelor medico-farmaceutice și numirea unei comisii de învățămînt cu subcomisii pentru învățămîntul mediu, superior și de specializare și perfecționare pentru organizarea și coordonarea acestei acțiuni, este o expresie tocmai a necesității existenței unui organ consultativ pe lîngă Direcția învățămîntului : sfatul metodologic.

Una dintre cele mai serioase lipsuri ale învățămîntului nostru medical, este că între cele 3 grade ale acestui învățămînt nu sînt deosebiri calitativ fundamentale în ceea ce privește metodologia lor, deosebiri care să izvorească din specificul fiecărui grad de învățămînt, diferența existentă este doar cantitativă manifestîndu-se prin deosebirile între duratele de școlarizare și între planurile de învățămînt. In ceea ce privește programele analitice de studiu, o programă de medicină internă, de exemplu, a școlii de felceri de asistență medicală, se deosebește foarte puțin de una de medicină internă a I.M.F.-ului, iar îndreptar metodologic pentru predarea acestei discipline într-un fel anumit cadrelor care vor fi felceri și într-un alt fel studenților care vor fi medici, nu există de loc. Iată de ce sfatul nu trebuie să fie un organ care să ducă munca în general, ci trebuie să fie constituit pe secții, pentru a lucra la concret.

Aceasta nu înseamnă de exemplu, că pe lîngă profesorii de școli medii medicale — care-i vor constitui majoritatea — nu e bine să ia parte în secția de învățămînt mediu și cîteva cadre didactice din învățămîntul superior, pentru a da ajutor în probleme de specialitate membrilor acestei comisii. Secția de învățămînt mediu trebuie să cuprindă și problemele metodologice ale specializării și perfecționării cadrelor medii, în care scop este necesar să fie ajutată și de cîteva cadre didactice ale I.P.S.-ului, instituit de resort în acest domeniu.

Secția de învățămînt superior e recomandabil să aibă cîțiva membri și din rîndurile cadrelor didactice din școlile medii, pentru a primi ajutorul lor, în special în justa rezolvare a problemelor de tranziție de la metodele studiului din învățămîntul mediu la cele din învățămîntul superior, probleme, ce — cum s-a arătat în altă parte a lucrării — cauzează cele mai multe deficiențe în anii I și al II-lea din facultate.

Secția de învățămînt de specializare și perfecționare poate să cuprindă pe lîngă cadrele didactice ale I.P.S.-ului și filialelor lui și specialiști (principali) de la nivelul spitalelor metodologice regionale și altor instituții orășenești și raionale, foruri de calificare a medicilor, pentru a avea contactul cu toate problemele din rețea privind calificarea medicilor și a da posibilitate cadrelor din rețea, nedidactice, de a-și da contribuția la rezolvare împreună cu cadrele didactice a problemelor de învățămînt medical, de calificare continuă a cadrelor medicale.

Bineînțeles, în cadrul secțiilor de învățămînt mediu, superior și de specializare și perfecționare, trebuie să se formeze colective speciale pe grupe de discipline, după principiile arătate la organizarea muncii metodologice în institutele respective de învățămînt medical. Problemele de metodologie specială ale grupurilor de discipline se dezbat în cadrul acestor colective, problemele de metodologie generală a unui grad de învățămînt dezbătîndu-se în plenara secției respective, iar cele de meto-

dologie generală a întregului învăţămînt medical în plenara sfatului metodologic.

Operei de construire a bazelor socialismului în ţara noastră îi este caracteristică o mişcare, o dezvoltare continuă. Această dezvoltare continuă pune noi şi noi sarcini şi cere noi şi noi metode şi sectorului ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii, deci şi institutelor de învăţămînt medical, instructoare şi educatoare a cadrelor de ocrotire a sănătăţii celor ce muncesc. Sfatul metodologic prin studierea şi dezbaterea critică şi autocritică a problemelor învăţămîntului medical, urmînd experienţa înaintată sovietică în acest sens, va putea contribui la lichidarea elementelor învechite ale învăţămîntului nostru medical, la descoperirea, consolidarea şi promovarea noului în cadrul acestuia pe baza cerinţelor practice ale terenului şi a noilor succese în ştiinţele medicale în special şi în celelalte domenii ale ştiinţei în general. Rezultatele acestui proces vor trebui să se reflecte în manualele noastre (secţiile sfatului metodologic putînd organiza discuţii şi asupra manualelor existente şi de editat), în îndreptarele de lucrări practice, în munca tuturor cadrelor didactice şi a tuturor studenţilor.

Cabinetul metodologic al Direcţiei învăţămîntului din Ministerul Sănătăţii bazîndu-se pe activitatea tehnică a sfatului metodologic, va putea să elaboreze documente într-adevăr de valoare ştiinţifică pentru îmbunătăţirea continuă a învăţămîntului medical din ţara noastră.

Una dintre deficienţele principale ale învăţămîntului medical din ţara noastră este slăbiciunea schimbului de experienţă între unităţile de învăţămînt, din care cauză şi generalizarea experinţei deja elaborate la nivelul acestora se desfăşoară la întîmplare, nu în mod dirijat.

Or, pe baza rezultatelor muncii metodologice a catedrelor şi în vederea generalizării experienţei lor în acest domeniu se pot organiza conferinţe metodologice periodice pe specialităţi pe ţară (o dată la 2—3 ani). Ministerul Sănătăţii a organizat deja astfel de conferinţe în specialităţile de istoria medicinei, fiziopatologie, igienă şi organizare sanitară. După importanţa şi urgenţa problemelor de dezbătut, aceste conferinţe pot fi organizate şi pe celelalte specialităţi. In vederea dezbaterii — de exemplu — a problemelor de predare a ştiinţelor sociale în institutele medicale, a metodelor de colaborare a catedrelor de ştiinţe sociale cu catedrele de specialitate, a problemei de adaptare a muncii catedrelor sociale la sarcinile specifice ale institutelor, este recomandabilă organizarea periodică din partea Ministerului Sănătăţii în colaborare cu Ministerul Învăţămîntului, a conferinţelor metodologice, a catedrelor de bazele marxism-leninismului din I.M.F.-uri (respectiv I.P.S.).

Cît priveşte presa noastră medicală, ea nu reflectă mai de loc activitatea didactică, ea nu-şi îndeplineşte rolul de organizator, mobilizator în privinţa învăţămîntului, ea nu contribuie la o generalizare teoretică a experienţei din domeniul pregătirii cadrelor medicale. Considerăm că fondul muncii metodologico-didactice, organizate după principiile expuse în acest articol, poate constitui un izvor bogat, de unde revistele noastre medicale îşi pot lua teme de tratat.

Revista „Ocrotirea sănătăţii în R.P.R." ar putea să trateze continuu probleme generale de orientare a învăţămîntului medical superior şi de specializare şi perfecţionare, probleme de metodologie generală a învăţămîntului. Revistele de specialitate din domeniul medicinei interne, chi-

rurgiei, pediatriei, obstetricei, microbiologiei, epidemiologiei şi igienei etc. pot să trateze probleme de metodologie specială a grupelor respective de discipline sau a disciplinelor interesate. Revista „Munca Sanitară" trebuie să trateze problemele de metodologie generală şi specială a învăţămîntului mediu de toate specialităţile, inclusiv problemele specializării şi perfecţionării cadrelor medii medicale.

Cît priveşte „Muncitorul sanitar", acesta ar trebui să reflecte în mod sistematic problemele actuale ale învăţămîntului medical de toate gradele, legate de momentele caracteristice ale procesului de învăţămînt (admitere, metodele studiului individual, lecţii, seminarii, colocvii, examene, repartizări, analize de catedre etc.) şi de problemele actuale ale politicii sanitare a partidului şi guvernului, pregătind politic şi ideologic masele de elevi, studenţi, medici şi cadre didactice pentru executarea conştientă a sarcinilor ce le revin din complexul măsurilor sanitare şi didactice, întreprinse de Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Învăţămîntului.

★

Problemele tratate în acest articol nu pot epuiza tematica muncii metodologice într-un institut de învăţămînt medical.

Procesul de învăţămînt în desfăşurarea lui dinamică ridică zilnic probleme noi, ce trebuie studiate, iar experienţa acumulată în munca didactică necesită generalizări periodice, pentru a asigura premisa, ca această muncă să decurgă în fiecare etapă la un nivel superior etapei prealabile.

Interpretat în acest sens articolul de faţă nu intenţionează să fie decît o modestă iniţiativă de a relua dezbaterea problemelor (de metodologie) de învăţămînt medical în coloanele acestei reviste.

Articol intrat în redacţie în aprilie 1955.

★

В статье обсуждаются основные вопросы методологической работы в медицинскрх вузах и организационные формы, в пределах которых эта работа должна развертываться.

Указывается на то, что в результате диференцировки медицинских дисциплин по различным специальностям (что представляет собой положительное явление) подготовка слушателей медицпнских вузов и техникумов совеш раетс разрозненно, по отдельным дисциплинам, с преобладанием аналитического метода, в то время как в мышлении будущего врача или же среднего медицинского работники должны преобладать синтетические концепции в отношении человека-больного, который должен рассматриваться не по частям, а как единое целое.

Поэтому, в целях синтезирования знаний, получаемых студентами при помоши аналитических методов, необходимо, чтобы дисциплины, которые содействуют формированию будуших медицинских работников, были органическя связаны между собой. Эту органическую связь между дисциплинами путем выработки, обсуждения и применения единой концепции и методики в процеесе обучения и подготовки кадров, должна осуществлять методологическая комиссия медицинских дисциплин.

В статье указывается на то, что на современном этапе медицинского образования в РНР, серьезным недостатком на уровне сушествующих трех ступеней медицинского преподавания является отсутствие основного качественного различия, которое было бы обусловлено характером каждой ступени медицинского образования. Это различие в настояшес время является, по существу, только количественным и проявляется в различной продолжительности обучения, а также и в различных планах обучения. Что касаетея аналитических программ дисци-

плин, изучаемых на различных ступенях медицинского образования, — разница между ними очень незначительна; в то же время отмечается отсутствие методологических пособий для диференцированного преподавания медицинских дисциплин в медицинских вузах и фельдшерских школах.

На основании опыта медицинского образования в РНР и ценного советского опыта в этой области, в статье излагается ряд принципов, которые должны быть приняты во внимание для выработки общей методологии лекций, частной методологии преподавания некоторых дисциплин (разделов), методических пособий для ведения практических занятий и установления самого правильного метода самостоятельных занятий.

В статье приводятся характерные особенности методологической работы и ее организационных форм на уровне:

1. Медицинских вузов (медико-фармацевтические институты).
2. Института по специализации и усовершествованию врачей.
3. Медицинских средних учебных заведений.
4. Общей сети медико—санитарных учреждении, непредназначенных для педагогических целей. как таковых (областные и районные больницы, санэпиды и т. д.).

После изложения содержания методологической работы в вышеперечисленных медицинских учреждениях и принципов организационных форм этой работы на местах, в статье приводятся факторы, требующие создания консультативного технического органа при Главном управлении медицинского образования Министерства здравоохранения — Методологического совета, с указаниями по поводу его организационной структуры и деятельности.

В конце статьи говорится о роли медицинской литературы в деле распространения опыта передовых методов, применяемых в медицинских учебных заведениях всех ступеней в РНР.

Problèmes d'organisation de l'activité méthodologique dans les instituts d'enseignement sanitaire

Ce travail traite des problèmes fondamentaux de l'activité méthodologique dans les instituts d'enseignement médical et des formes d'organisation dans lesquelles cette activité doit se développer.

L'auteur montre, dans cet article, que, grâce à la division en specialités de la médecine (phénomène d'ailleurs nécessaire), chaque specialité contribue analytiquement, d'une manière fragmentaire, à la formation de l'étudiant en médecine, et, en même temps, de l'élève de l'école moyenne medicale. Cependant le futur médecin ou le futur aide-médecin, doivent avoir une compréhension synthétique de l'homme et du malade, considérés non comme un fragment, mais comme un tout unitaire.

De la sorte, afin que les diverses disciplines médicales puissent contribuer à l'intégration des connaissances analytiques des étudiants, une condition préalabe s'impose: ces disciplines médicales, qui contribuent à la formation du futur médecin, doivent être ralliées entre elles. Cette liason organique des disciplines médicales entre elles, par l'élaboration, la discussion et l'application d'une conception et d'une méthodologie unitaires dans l'enseignement, doit être réalisée par la commission méthodologique des disciplines médicales.

L'auteur montre que, à présent ,il y a une lacune sérieuse dans l'enseignement médical de notre pays; elle consiste dans le fait que, entre les trois degrés de cet enseignement il n'existe pas de différence qualitative fondamentale en ce qui concerne leur méthodologie, différence qui devrait ressortir du spécifique même de chaque degré d'enseignement. La différence actuelle est uniquement quantitative et se manifeste par des différences entre la durée des études et les plans d'enseignement. Cependent, les programmes analytiques d'étude des disciplines médicales, enseignées dans les différents degrés d'enseignement, se différencient très peu les uns des autres; il n'existe pas en outre, une différence méthodologique d'enseignement entre les cours destinés aux étudiants et ceux destinés aux „feldchers" (officiers de santé).

En se basant sur l'expérience de l'enseignement médical dans notre pays et sur la précieuse expérience soviétique dans ce domaine, l'auteur expose une série de principes, dont on devra tenir compte dans l'élaboration de la métho-

dologie générale d'enseignement des cours et de la méthodologie spéciale d'enseignement de certaines disciplines médicales, ainsi que pour l'élaboration des directives méthodologiques des travaux pratiques, et pour l'établissement des meilleures méthodes d'étude.

L'auteur montre, par la suite, le spécifique de l'activité méthodologique et des formes d'organisation dans le cadre des différents degrés d'enseignement, à savoir :

1. l'enseignement supérieur médical (I.M.F.)
2. l'enseignement de specialisation et de perfectionnement (I.P.S.M.F.) ;
3. l'enseignement moyen médical et
4. des institutions médico-sanitaires, denommées non-didactiques, du réseau médical (hôpitaux régionaux, hôpitaux de rayon, Instituts sanitaire et antiepidémiques) (Sanépides) etc.

Après avoir exposé le contenu de l'activité méthodologique dans les institutions médicales, ci-dessus mentionnées et des principes des formes d'organisation de cette activité sur le terrain, l'auteur analyse les motifs qui déterminent la nécessité d'instituer un organe technique consultatif, auprès de la Direction de l'Enseignement du Ministère de la Santé, à savoir le Conseil méthodologique, en analysant en même temps son organisation et ses attributions.

En conclusion l'auteur examine le rôle de la presse dans la généralisation de l'éxperience méthodologique avancée des institutions d'enseignement médical de tous les degrés dans notre pays.

Legăturile organizatorico-funcţionale ale dispensarului antituberculos în lupta împotriva tuberculozei extrapulmonare

Dr. Gh. Călin, dr. Gh. Cămărăşoiu

Lucrare efectuată în cadrul Institutului de ftiziologie Bucureşti
(Director acad. M. Nasta)

Tuberculoza extrapulmonară nu a constituit o problemă a politicii sanitare înainte de proclamarea republicii în ţara noastră. Multiplele sale localizări : osteo-articulare, ganglionare, peritoneale, uro-genitale etc., erau considerate numai din punct de vedere curativ şi tratate în servicii de diverse specialităţi unde bolnavul reuşea să se interneze. După cum o adenopatie tuberculoasă putea fi tratată de pediatri, de ftiziologi, de chirurgi, de internişti sau în serviciile de chirurgie maxilo-facială, tot astfel o peritonită tuberculoasă putea fi tratată de internişti, chirurgi sau ftiziologi. Această varietate de locuri de tratament nu era dictată de forma clinică sau de stadiul în care ajunsese boala, ci era cu totul întîmplătoare, consecinţă a unei totale lipse de organizare. Ca un corolar, tratamentele erau foarte deosebite şi trunchiate, unilaterale, reduse la tehnica specialităţii serviciului respectiv ; nu exista o concepţie unitară asupra patogeniei tuberculozei extrapulmonare şi nici o atitudine terapeutică complexă, care să privească organismul în ansamblul său. Toate aceste fapte erau rezultatul unei lipse de organizare sanitară, a unei reţele de luptă antituberculoasă în sarcina căreia, în mod ştiinţific, epidemiologic şi nosologic, trebuie să cadă organizarea luptei împotriva oricăror localizări ale tuberculozei, precum şi lipsei unui for ştiinţific care să îndrumeze lupta pe baze ştiinţifice.

Astăzi reţeaua de luptă antituberculoasă s-a dezvoltat pînă la nivelul raionului şi se dezvoltă cantitativ şi calitativ în ritm rapid. Cu

toate acestea, în etapa actuală, dispensarul de tuberculoză — unitatea operativă — prin personalul din cadrul dispensarului nu poate cuprinde toate aspectele cerute de diversele probleme ale localizărilor extrapulmonare ale tuberculozei. Dispensarul antituberculos are astăzi în schema sa medici ftiziologi pentru adulți și ftiziopediatri; acolo unde există cadre disponibile de specialiști, unele scheme sînt mai largi, completate cu un oto-rino-laringolog, uneori cu un dermatolog și, în cîteva cazuri, cu specialiști în tuberculoză extrapulmonară (osteo-articulară), apropiindu-se de schema completă a proiectului de dispensar tip.

Pînă la completarea schemelor tuturor dispensarelor cu specialiști în tuberculoză extrapulmonară (osteo-articulară), lupta curativo-profilactică împotriva tuberculozei extrapulmonare nu trebuie să slăbească, ci trebuie să devină mai just conturată și organizată, prin antrenarea sinergică și planificată a rețelei de pediatrie și adulți, de diverse specialități, sub răspunderea organizatorică a medicului-șef ftiziolog din dispensarul antituberculos teritorial; cu alte cuvinte, în cazurile în care dispensarul este lipsit de specialistul în problemele de tuberculoză extrapulmonară, *reușita luptei împotriva acesteia este condiționată de stabilirea unor legături funcționale cît mai perfecte între dispensarul antituberculos, pe de o parte, și serviciile de pediatrie, chirurgie, interne, oftalmologie, dermatologie, radiologie etc., pe de altă parte.*

Se subînțelege că șeful dispensarului antituberculos-unificat sau neunificat are sarcina de a face toate demersurile, prin medicul-șef ierarhic (medicul-șef de raion și de regiune), ca întreaga rețea sanitară să conlucreze pentru îndeplinirea sarcinilor profilactico-curative în lupta împotriva tuberculozei extrapulmonare.

In primul rînd, dispensarul antituberculos teritorial trebuie să aibă evidența tuturor formelor și localizărilor tuberculoase, prin luarea în evidență a oricărui bolnav de tuberculoză. Această sarcină este primordială, pentru că lipsa luării în evidență atrage după sine o statistică sub realitate, care va induce în eroare Ministerul Sănătății și-l va lipsi de datele necesare pentru proiectarea unui plan just de dezvoltare a unităților și paturilor pentru diversele localizări ale tuberculozei; de asemenea Ministerul Sănătății nu va putea prevedea, în conformitate cu nevoile reale ale terenului, confecționarea de aparatură și instrumentar și producția de medicamente.

In afara motivelor de mai sus, luarea în evidență a bolnavului este strict necesară pentru ca acesta să poată beneficia de toate drepturile acordate de legi: ajutorul de supraalimentație, medicamente gratuite, concediu de boală, schimbarea locului de muncă, dacă este necesar, trimiterea cu prioritate în stațiuni, preventorii sau sanatorii etc.; iar cea mai importantă sarcină profilactico-curativă, *lupta în focar,* decurge tocmai din luarea în evidență a bolnavului de tuberculoză extrapulmonară.

Aspectul curativ al luptei împotriva tuberculozei extrapulmonare începe cu completarea științifică, corectă a fișei oricărui bolnav cu localizare extrapulmonară a tuberculozei, ceea ce constituie o primă greutate pentru pneumolog și chiar pentru specialistul în tuberculoza extrapulmonară; mai ales la primul, dar și la cel de-al doilea, care este de obicei specialist (ortopedist sau chirurg) în tuberculoza osteo-articulară, examenele ginecologice, oftalmologice, renale, cutanate etc., constituie tot atîtea imperfecțiuni. In fișa de tuberculoză extrapulmonară, ei pot face

consemnări exacte cu privire la focar, contagiu, condiţiile de mediu fizic, profilul neuropsihic, anamneza, într-un cuvînt pot face biopatografia bolnavului; în momentul în care trebuie să treacă la examenul fizic, este absolut necesar să apeleze la un specialist, mai ales cînd bolnavul se prezintă pentru prima dată la medic şi diagnosticul nu este încă precizat. Este exemplul cel mai tipic din care reiese obligativitatea categorică a colaborării între specialiştii din reţele diferite. Această legătură de colaborare se face în două moduri: pe de o parte, serviciul respectiv de policlinică stabileşte ore speciale pentru consult în comun, la policlinică sau la dispensarul antituberculos, iar pe de altă parte, bolnavul este trimis oricînd în orele de consultaţii ale policlinicii la dispensarul antituberculos cu sora de teren, care ia cu sine fişa bolnavului: medicul specialist va face examenul de specialitate, va stabili diagnosticul şi va schimba programul terapeutic pe care-l recomandă, consemnînd, sub semnătură, toate datele de mai sus. In cazul cînd are nevoie de examene mai largi în vederea precizării diagnosticului, face şi asemenea recomandări, dacă examenele pot fi efectuate ambulatoriu, sau internează bolnavul în staţionarul spitalului unificat cu policlinica; fişa se reîntoarce la dispensarul antituberculos. In ipoteza că bolnavul a fost internat, la ieşirea din staţionar, biroul de internări al spitalului trebuie să comunice dispensarului antituberculos, atît ieşirea bolnavului, cît şi prescripţiile pe care le-a făcut; această obligativitate din partea spitalului nu scuteşte pe ftiziologul scrupulos de a se interesa, cel puţin prin sora de teren, de situaţia în care se găseşte bolnavul chiar în timpul spitalizării.

Există foarte frecvent şi situaţii inverse; în staţionarul spitalului unificat se internează bolnavi de tuberculoză care s-au prezentat *direct* la serviciul de consultaţii din policlinică; datoria biroului de internări al spitalului este de a anunţa, la ieşirea bolnavului, dispensarul antituberculos teritorial, pentru ca acesta să ia bolnavul în evidenţa fişierului.

Aceste legături funcţionale sînt însă foarte slabe, sporadice sau inexistente în unele raioane sau chiar oraşe. Poate fi dată ca exemplu chiar reţeaua de tuberculoză din Iaşi care, în general, are o activitate bogată; totuşi, dispensarul antituberculos nu apelează în suficientă măsură la examenele de specialitate, consemnările, din acest punct de vedere, fiind incomplete; serviciile de dermatologie, chirurgie etc., nu anunţă dispensarului antituberculos bolnavii internaţi direct prin serviciile de consultaţie, cu excepţia spitalului de copii care face cu regularitate această sezisare. Aceeaşi situaţie este şi la Focşani şi la Ploeşti, spre deosebire de Bacău, Arad, Lugoj etc., unde legăturile de colaborare de care vorbeam mai sus sînt mai strînse.

De altfel legăturile de colaborare nu se limitează numai la cele pentru precizarea unui diagnostic, pentru corecta consemnare a examenului de specialitate sau pentru proiectarea unui program terapeutic; aceste legături trebuie să existe şi în ce priveşte aplicarea unor componente terapeutice. Dacă pneumologul sau specialistul (ortopedist sau chirurg) în tuberculoza extrapulmonară poate prescrie tratamente din cadrul regimului igieno-dietetic (repaus, concediu, alimentaţie, cură de aer sau de soare) şi un tratament medicamentos tonic general (terapie cu vitamine, calciu etc.), dacă uneori poate efectua tratamente locale (infiltraţii intraperitoneale, periganglionare, puncţii şi instilaţii în abcese etc.), alteori nu are competenţa sau aparatura pentru a confecţiona un aparat gipsat

şi niciodată nu va putea aplica tratamente intraparametrale sau intraconjunctivale în tuberculozele anexiale, respectiv tuberculozele oculare.

Iată deci cazuri în care dispensarul antituberculos trebuie să recurgă la aparatura şi la priceperea unui specialist pentru efectuarea competentă a tratamentului. In unele cazuri va apela la intervale mai mari (în cazul aparatelor gipsate, la intervalele hotărîte pentru schimbarea aparatului şi controlul clinico-radiologic), iar în alte cazuri bolnavul vă rămîne în continuare în tratamentul specialistului (cazul tratamentelor pentru tuberculoza oculară etc.) ; în ambele exemple însă, dispensarul antituberculos şi specialistul vor trebui să se informeze reciproc şi la timp pentru consemnarea riguroasă a evoluţiei bolii, în funcţie de tratamentul aplicat.

Colaborarea dintre reţeaua de tuberculoză şi spitalul unificat cu policlinica trebuie să fie şi mai mult adîncită, pentru asigurarea unor tratamente mai deosebite şi mai complete. Astfel, în cazul osteo-artritelor tuberculoase în stadiul evolutiv, cu complicaţii sau iminenţă de grave complicaţii (abcese osifluente evolutive, iminenţă de paraplegii pottice sau fistulizare etc.), fie că bolnavul este depistat în acest stadiu, fie că această complicaţie apare în cursul unui tratament la domiciliu sau ambulatoriu, există indicaţia de internare urgentă. Intrucît locurile devenite libere din cele atribuite regiunilor la sanatoriile de specialitate se anunţă o dată pe lună (şi se poate întîmpla ca regiunea să nu aibă nici un loc liber), dispensarul antituberculos trebuie să obţină internarea bolnavului în serviciul de chirurgie, care este obligat, prin hotărîrea nr. 14/1951 a Ministerului Sănătăţii, să pună 10% din paturi la dispoziţia bolnavilor de tuberculoză osteo-articulară ; bolnavii de tipul celor de mai sus sînt reţinuţi în spital pînă la rezolvarea complicaţiei, iar dacă este nevoie de o internare mai îndelungată sau de o intervenţie chirurgicală de specialitate, dispensarul antituberculos va avea grijă să transfere bolnavul respectiv pe primul loc liber într-unul din sanatoriile de specialitate sau să ceară un loc suplimentar Centrului de tuberculoză extrapulmonară din Bucureşti, pentru ca bolnavul să poată beneficia de tratamentul cel mai potrivit şi pentru ca patul serviciului de chirurgie să nu fie blocat cu un bolnav cronic. Există în unele servicii de chirurgie tendinţa de a refuza astfel de bolnavi (din motive cu totul subiective şi neîntemeiate, cum este cazul la Focşani), după cum există uneori şi o lipsă a dispensarului antituberculos care nu se îngrijeşte ca un bolnav devenit cronic să fie transferat din serviciul de chirurgie într-un sanatoriu de cură (cazul unui bolnav din Clinica a III-a chirurgicală Iaşi, care nu a fost transferat timp de 18 luni).

Cu mult mai uşor se stabilesc legăturile între unităţile de mai sus, în cazul în care dispensarul antituberculos solicită internarea unui bolnav pentru o intervenţie chirurgicală de consolidare (artrodeze, rezecţii-artrodeze, osteotomii etc.) ; astfel de cazuri sînt internate fără obiecţie şi putem afirma, în general, că dispensarul antituberculos nu îndrumează în suficientă măsură cazurile ajunse în stadiul terapiei chirurgicale către serviciile de chirurgie teritoriale. Există uneori tendinţa greşită a dispensarului antituberculos de a trimite bolnavi de tipul de mai sus la sanatoriile de specialitate, deşi au în regiune sau raion un serviciu de specialitate competent (cazul dispensarelor antituberculoase Galaţi, Brăila, Petroşani, Timişoara etc.) ; aceasta este o greşeală pentru că se transportă, relativ inutil, un bolnav, ocazionînd cheltuieli de prisos, şi pentru că în

felul acesta se ocupă paturi de cură în sanatorii, în detrimentul bolnavilor care au o evoluţie complicată şi care nu sînt indicaţi pentru internarea pe cele 10% din paturile serviciilor de chirurgie.

Din cele expuse pînă aici reiese că strînsa colaborare între dispensarul antituberculos şi serviciile de spital — policlinică, în vederea luptei împotriva tuberculozei extrapulmonare, este absolut necesară pentru: depistarea şi diagnosticul corect şi precoce; stabilirea unui program terapeutic cît mai corect şi complet; efectuarea unor tratamente speciale; instituirea unor tratamente urgente în cazurile cu evoluţie complicată; aplicarea componentei chirurgicale a tratamentului în faza de involuţie avansată a bolii, pentru grăbirea şi consolidarea vindecării.

Este de dorit ca evoluţia şi terapeutica bolnavilor internaţi să fie cunoscute dispensarului antituberculos, nu numai prin informaţii mijlocite, dar şi prin vizitarea nemijlocită a bolnavului de medicul de circumscripţie din dispensarul antituberculos, mai ales dacă este un specialist în tuberculoza extrapulmonară; în felul acesta, bolnavul este mai îndeaproape cunoscut şi medicul îl poate mai bine observa în ambulatoriu sau la domiciliu, după ieşirea din spital; de aceea este de preferat ca specialistul de tuberculoză extrapulmonară să fie încadrat cu jumătate de normă la dispensarul antituberculos şi cu o normă la staţionarul serviciului de chirurgie.

Pînă acum au fost expuse legăturile ce trebuie stabilite (pe acelaşi plan) în cadrul teritoriilor urbane, cu aplicare şi la teritoriile rurale.

In cadrul teritoriilor rurale, mai există un tip aparte de legături, care trebuie stabilite între dispensarul antituberculos, pe de o parte, şi circumscripţiile sanitare, pe de altă parte. Aceste legături sînt în dublu circuit: pe de o parte, medicul de circumscripţie trimite la dispensarul antituberculos teritorial orice bolnav nou, bănuit de o afecţiune tuberculoasă, pentru precizarea diagnosticului, pentru prescrierea şi aplicarea tratamentului, pentru luarea în evidenţă; pe de altă parte, dispensarul antituberculos se sprijină pe activul medico-sanitar al circumscripţiei pentru supravegherea şi continuarea tratamentului bolnavului imobilizat la domiciliu (asistenţă sub patronaj medical) sau a bolnavului ambulatoriu, pentru trimiterea contacţilor la control, pentru retrimiterea bolnavului la dispensarul antituberculos, cînd a împlinit termenul de imobilizare sau cînd au apărut simptome noi de evoluţie de ordin general sau local. Dispensarul antituberculos trebuie să se sprijine pe activul medico-sanitar al circumscripţiilor dintr-un raion rural, pentru că dispensarul antituberculos raional, cu actuala echipă din schema dispensarului antituberculos, nu poate cuprinde întreg raionul.

Principiul colaborării strînse şi reciproce a dispensarului antituberculos cu aproape toate serviciile de spital-policlinică şi cu toate circumscripţiile sanitare poate sta la baza rezolvării problemelor curente ale acţiunilor curative împotriva tuberculozei extrapulmonare.

Mai trebuie amintit, din cadrul acţiunilor curative, că dispensarul antituberculos este chemat să stimuleze, prin toate mijloacele propagandistice şi de lămurire sanitară, crearea caselor de cură (case de gipsaţi), unitate sanitară care încă nu a început să constituie o preocupare a medicilor ftiziologi.

Lupta profilactică împotriva îmbolnăvirii în tuberculoza extrapulmonară nu poate avea succes deplin fără colaborarea între reţele. In afara

măsurilor profilactice generale şi comune împotriva îmbolnăvirii prin tuberculoză (vaccinările B.C.G.), profilaxia împotriva tuberculozei extrapulmonare mai este reprezentată prin două tipuri de acţiuni mai importante, care au ca scop, pe de o parte, ridicarea rezistenţei generale a organismului, iar pe de altă parte, o depistare cît mai precoce, în faza funcţională a tuberculozei-boală.

Inainte de a trece la aceste două acţiuni profilactice caracteristice pentru tuberculoza extrapulmonară, subliniem că, în general, nu se îndeplineşte astăzi sarcina dezinfecţiilor iniţiale, periodice şi finale, în cazul focarelor de tuberculoză cu localizări extrapulmonare. Acesta este rezultatul vechilor concepţii antiştiinţifice, după care localizarea extrapulmonară a tuberculozei era greşit considerată ca o afecţiune „izolată" a unui organ, trecîndu-se sub tăcere caracterul de infecţie generală, caracterul contagios al oricărei afecţiuni tuberculoase.

Pentru partea profilactică, din punct de vedere epidemiologic, a luptei împotriva tuberculozei extrapulmonare, este absolut necesar să se stabilească o strînsă legătură funcţională cu organele sanepidului. Lupta în focar nu poate fi socotită completă fără dezinfecţiile iniţiale (curente), periodice şi terminale, fără o acţiune perseverentă de asanare a focarului. Pentru orice caz de tuberculoză extrapulmonară nou-depistat, dispensarul antituberculos trebuie să seziseze sanepidul, pentru ca acesta să ia toate măsurile antiepidemice, ca şi în tuberculozele pulmonare.

Acţiunea de asanare nu trebuie să se oprească la dezinfecţie, ci se continuă cu activitatea surorilor de teren din dispensarul antituberculos, care vor face ancheta socială şi vor recomanda acţiunile şi măsurile ce trebuie luate, fie de ordin sanitar (igiena locuinţei, familială, individuală etc.), fie de ordin social (ajutoare materiale, preventorializări, izolări ale copiilor în creşe sau cămin etc.).

Revenind la acţiunile profilactice, oarecum caracteristice pentru tuberculoza extrapulmonară, amintim că examinarea medicală periodică a copiilor din focarele tuberculoase ar trebui să fie o obligativitate extrem de strictă: examenul medical al copiilor contacţi ar trebui să nu se limiteze la cîntărire, măsurarea temperaturii şi examenul pulmonar clinico-radiologic, ci să se extindă la interogatoriul amănunţit şi calm asupra biopatografiei de la o lună la alta, să se facă examene biologice (V.S.H., hemo-leucograma, analiza de urină), precum şi examenul *tuturor* aparatelor şi sistemelor (ganglio-limfatic, oftalmologic, oto-rino-laringologic, osteo-articular, stomatologic etc.); orice deficienţă semnalată de acest examen complex, orice focar de infecţie trebuie de îndată luat în tratament şi asanat. Este de la sine înţeles că un focar de infecţie — chiar lent — micşorează rezistenţa generală a organismului, ceea ce implicit măreşte posibilitatea îmbolnăvirii copilului din focarul tuberculos. Activitatea de examinare complexă periodică a copiilor din focare tuberculoase trebuie dusă în comun de medicul ftiziopediatru cu specialistul în tuberculoza extrapulmonară, apelînd şi la alţi specialişti (oto-rino-laringolog, oftalmolog, stomatolog, etc.). Actualele echipe medicale ale dispensarelor antituberculoase sînt încă insuficiente pentru a face faţă acestei sarcini a examinării complexe a copiilor din focarele de contagiune; rămîne un proiect de viitor, în funcţie de dezvoltarea reţelelor, şi de aceea în perioada actuală este nevoie de strînsa colaborare cu unităţile sanitare de

adulți și de copii și cu dispensarele din mediul rural, pentru ca această sarcină să fie împărțită pe mai mulți factori medico-sanitari.

O altă acțiune profilactică o constituie depistarea organizată în colectivitățile de copii (creșe, cămine, grădinițe, internate, școli etc.). Dispensarul antituberculos are evidența acestor colectivități din teritoriul său; echipa mixtă, ftiziopediatrul și specialistul în tuberculoză extrapulmonară, își fac un program comun pentru examinarea copiilor din colectivități, fie cu prilejul executării microradiofotografiei, fie cu ocazii special determinate de echipă. Policlinica școlară și de copii sînt chemate să colaboreze cu echipa dispensarului antituberculos, în sensul de a face examenele complementare sau tratamentele de specialitate în caz de nevoie.

Aceste două tipuri de acțiuni profilactice, pe lîngă măsurile imediate, descrise pînă acum, se pot încheia cu măsuri profilactice mai active. Copiii debilitați, mai ales cei din focare de contagiune, dar și cei cu condiții nesatisfăcătoare și neigienice de mediu fizic extern, vor fi preventorializați; celor ce nu pot fi preventorializați li se vor efectua tratamente nespecifice de creștere a rezistenței generale a organismului (terapie cu vitamine, calciu și fosfor) și se vor face toate demersurile pentru schimbarea condițiilor de mediu fizic (schimbarea sau asanarea locuinței etc.). Conlucrarea dintre rețeaua de ftiziologie și de pediatrie este necesară și în aceste cazuri, deoarece conjugarea eforturilor mărește posibilitățile de efectuare gratuită a tratamentelor medicamentoase, a preventorializării sau a schimbărilor de mediu fizic extern.

Acțiunea profilactică nu se încheie aici; mai există o acțiune de *profilaxie a recăderilor* și o *profilaxie a sechelelor disfuncționale* (pentru tuberculoza osteo-articulară), care se aplică bolnavului vindecat. Supravegherea bolnavului vindecat trebuie continuată timp de 1—4 ani, după forma pe care a avut-o localizarea tuberculoasă (de mai scurtă durată în cazul tuberculozei oculare și cutanate, de mai lungă durată în cazul tuberculozei osteo-articulare, ganglionare, peritoneale și uro-genitale). Supravegherea nu este pasivă, ci activă; ea are ca scop de a crea organismului vindecat de tuberculoză condițiile cele mai favorabile pentru a evita recăderea în boală, iar în cazurile de tuberculoză osteo-articulară, de a evita sechelele disfuncționale (poziții vicioase ale scheletului). Aceste condiții se creează, în primul rînd, prin reîncadrarea în cîmpul muncii, în funcții, meserii și loc de muncă potrivite cu capacitatea funcțională a fostului bolnav; pentru aceasta este necesară aprecierea specialistului și a comisiei de expertiză a capacității de muncă, organe care vor determina posibilitățile de muncă și condițiile ce se cer locului de muncă pentru ca bolnavul însănătoșit să nu fie în primejdie de a recădea în boală; este de asemenea necesară colaborarea comisiilor de asigurări sociale și de protecție a muncii din cadrul comitetelor sindicale, care sînt chemate să sprijine recomandările dispensarului antituberculos, în vederea obținerii unui loc și a unor condiții de muncă compatibile cu capacitatea de muncă a bolnavului care și-a reluat activitatea.

Ca o măsură specială pentru tuberculoza scheletului, dispensarul antituberculos trebuie să facă demersuri și să obțină sprijinul, fie al comitetului sindical (în cazul bolnavului salariat), fie al secției de prevederi sociale din cadrul sfatului popular (în cazul bolnavilor pauperi, nesalariați și al pensionarilor), pentru confecționarea aparatului ortopedic necesar bolnavului încă un timp după vindecare. Afară de colaborarea cu co-

mitetul sindical sau cu secţia de prevederi sociale, dispensarul antituberculos trebuie să obţină, pentru protezare, recomandarea şi prescripţia din partea chirurgului sau ortopedistului din serviciul de chirurgie al spitalului-policlinică, care de altfel va fi solicitat să urmărească dacă mulajul este bine luat, dacă proba aparatului corespunde şi dacă, la sfîrşit, aparatul este bine confecţionat şi serveşte scopurilor pentru care a fost recomandat. Tot medicul chirurg ortopedist va stabili (în cazul copiilor care cresc) data la care trebuie confecţionat un alt aparat sau cînd nu mai este necesară purtarea lui.

Supravegherea activă în vederea profilaxiei recăderilor implică şi acordarea asistenţei terapeutice în cazul unor boli intercurente — mai ales al celor anergizante şi consumptive — care creează primejdia reîmbolnăvirii prin scăderea rezistenţei generale a organismului.

Administrarea periodică a medicamentelor tonice generale este de asemenea recomandată în primul an al vindecării, în care timp se acordă şi ajutorul de supraalimentaţie.

Ţinerea în evidenţă supravegheată timp de mai mulţi ani, chiar în grupa pasivilor, crează premisele trimiterii regulate, în fiecare an, a bolnavului în staţiuni climaterice sau balneo-climaterice, pentru cura de întreţinere. In felul acesta, în fiecare an copiii vindecaţi sau în curs de stabilizare vor fi trimişi în coloniile sanatoriale ale Ministerului Sănătăţii sau ale Ministerului Prevederilor Sociale sau chiar ale altor departamente cu servicii medicale proprii (M.F.A., M.A.I., C.F.R. etc.) ; adulţii din aceeaşi categorie vor fi recomandaţi cu precădere comisiilor de triaj balnear. Cura de aer şi cura de soare pentru anumite localizări vor fi făcute anual, timp de 21—60 zile.

In expunerea făcută ne-am străduit să scoatem în relief două aspecte principale ale luptei împotriva tuberculozei extrapulmonare. Primul aspect îl constituie faptul că *acţiunea de luptă împotriva tuberculozei extrapulmonare are o componentă curativă foarte vastă şi una profilactică nu mai puţin importantă;* din context reies limpede detaliile fiecărei componente în parte. Cel de-al doilea aspect este dat de adevărul că *oricît de priceput ar fi ftiziologul sau specialistul în tuberculoză extrapulmonară, acţiunea curativo-profilactică împotriva tuberculozei extrapulmonare nu poate avea succes deplin în afara unei strînse şi organizate colaborări cu circumscripţiile sanitare, cu toate serviciile de spital-policlinică, cu sanatoriile de specialitate şi cu institutul şi direcţia tehnică.*

Articol intrat în redacţie în aprilie 1954

★

Функционально-организационные связи противотуберкулёзного диспансера в деле борьбы с внелегочнюм туберкулёзом

Авторы указывают на то, что успех борьбы с внелегочным туберкулёзом основывается на двух главных принципах: соответствующий противотуберкулёзный диспансер отвечает за организацию всех форм выявления, учёта и обслуживания больных внелегочным туберкулёзом (вне зависимости от его локализации); принимая во внимание что на уровне противотуберкулёзных диспансеров отсутствуют медицинские кадры по спецпальности, для выиявления случаев внелегочной локализации туберкулёза необходимо установленне тесной связя между противотуберкулёзным диспансером, с одной стороны, и ортопедическими, хирургическими, педиатрическими, гинекологическими и др. отделениями поликлиник, находящихся на соответствующей территории,—с другой стороны,

Авторы излагают подробно, по этапам, профилактические методы, которые служат основанием рациональной и действенной борьбы против появления в ор-

ганизме новой внелегочной локализации туберкулёза, с указанием факторов, которые способствуют созданию в организме новых очагов, с которыми нужно бороться в различных стадиях болезни и предлагают ряд мер. представляющих собой единый организационный специальный комплекс, применяемый на уровне всех учреждений по оказанию помощи больным внелегочным туберлукёзом.

★

Les lieus organisateurs-fonctionnels du dispensaire antituberculeux dans la lutte contre la tuberculose

Les auteurs mettent en évidence le fait que le succés de la lutte contre la tuberculose extra-pulmonaire est basé sur deux principes essentiels : 1) les médecins d'un dispensaire antituberculeux, portant l'entière responsabilité, en ce qui concerne l'organisation, sous toutes ses formes, des méthodes de détection, d'enregistrement et d'assistance des malades souffrant de tuberculose extra-pulmonaire (indifféremment de sa localisation) ; 2) en tenant compte du manque de médecins de spécialité pour traiter les localisations extra-pulmonaires de la tuberculose dans quelques dispensaires antituberculeux, il est nécessaire d'établir un lien étroit de collaboration entre le dispensaire de tuberculose, d'une part, et les services d'orthopédie, chirurghie, pédiatrie, gynécologie etc., des polycliniques du même territoire, d'une autre part.

En même temps, ces auteurs exposent méthodiquement, par étapes, les moyens prophylactiques qui seront en mesure de prévenir d'une manière correcte et efficace les nouvelles localisations extrapulmonaires de la tuberculose, tout en insistant sur les facteurs favorisants de l'apparition de nouvelles localisations, qui doivent être combattues ; ils insistent aussi sur les aspects curatifs dans les différéntes phases de la maladie, ainsi que sur l'ensemble des mesures d'organisation de spécialité, dans toutes les catégories d'assistance médicale.

Critica leninistă a „idealismului fiziologic"

Conf. I. Spielmann
(Catedra de istoria medicinei I.M.F. Tg. Mureş)

Ştiinţele biologice au fost totdeauna o arenă de luptă ideologică. Această luptă s-a accentuat în fiziologie în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea şi în prima jumătate a secolului al XIX-lea.

Ideile materialiştilor francezi ai secolului al XVIII-lea au exercitat o influenţă rodnică asupra dezvoltării fiziologiei ştiinţifice. Descoperirea de către Bell şi Magendie a legii care le poartă numele a dat un impuls cercetătorilor privind fiziologia sistemului nervos. In acelaşi timp s-au înmulţit datele privind fiziologia organelor de simţ.

Aceste teze materialiste au fost combătute de către unii reprezentanţi ai filozofiei clasice germane. Aceşti filozofi-apărători ai intereselor aristrocraţiei reacţionare au căutat să introducă concluzii idealiste în teoria cunoaşterii. Astfel, I. Kant, deşi a recunoscut existenţa realităţii obiective, în acelaşi timp a negat că realitatea „lucrul în sine", cum l-a numit el, ar fi cognoscibil. El a negat şi caracterul obiectiv al spaţiului, al timpului, al legităţii şi cauzalităţii.

Ce a fost mai preţios din filozofia clasică germană (sîmburele raţional al dialecticei hegeliene şi sîmburele principal al materialismului feurbachian) a fost utilizat în mod creator de către Marx şi Engels. Insă, filozofia clasică germană de la sfîrşitul secolului al XVIII-lea a căutat să introducă în ştiinţele naturii „filozofia naturii", curent reacţionar, potrivnic ştiinţei experimentale, bazat pe speculaţie şi pe abstracţie goală.

Noile descoperiri ale fiziologiei organelor de simţ au fost denaturate în sens idealist de această şcoală. Concepţiile mecaniciste, pornind de la părerile lui Descartes şi Newton, au considerat senzaţia, percepţia, imaginea în mod greşit — drept o copie mecanică a obiectului. Noile date ale fiziologiei au demonstrat netemeinicia unor astfel de presupuneri. Frîngerea bruscă a vechilor concepţii tradiţionale a provocat o oarecare dezorientare în rîndurile cercetătorilor. Această dezorientare a fost exploatată în sens idealist de „filozofii naturii".

Concepţia idealistă, a agnosticismului kantian, şi-a găsit răsunet în opera fiziologului german Johannes Müller (1801—1858) în aşa-numita „lege" a „energiei specifice" a organelor de simţ, formulată de el. J. Müller afirmă că senzaţiile noastre sînt determinate, în întregime şi exclusiv, de structura anatomo-fiziologică a organelor de simţuri.

Müller pretinde în mod fals că senzaţia depinde în întregime de proprietăţile specifice ale sistemului care reacţionează. Excitaţiile externe ar provoca numai reacţia specifică a substratului, dar nu influenţează caracterul reacţiei. Fiecare organ de simţ are o „energie specifică" şi independent de felul excitaţiei răspunde totdeauna în acelaşi fel la excitaţiile externe. Concepţia metafizică a lui Müller — varietate a idealismului subiectiv — consideră organele de simţuri cu totul izolate de mediul extern. Ea duce în acelaşi timp la agnosticism, negînd cognoscibilitatea lumii.

In a doua jumătate a secolului al XIX-lea Hermann Helmholtz (1821—1894), pornind de la teoriile lui J. Müller, a formulat „teoria simbolurilor". Deşi Helmholtz a fost un mare naturalist, în filozofie s-a arătat inconsecvent, înclinînd spre concluziile agnostice ale lui Kant.

Helmholtz a recunoscut realitatea obiectivă, totuşi a susţinut că imaginea lumii exterioare în conştiinţa noastră nu ar reprezenta decît totalitatea simbolurilor, hieroglifelor, semnelor, care n-au nimic comun cu obiectele naturii. El contestă orice analogie a senzaţiilor cu lucrurile reprezentate de ele.

Senzaţiile şi reprezentările noastre ar fi doar unele semne arbitrare, convenţionale, care contribuie la îndreptarea activităţii practice a omului. Noi nu am putea cunoaşte însuşirile reale ale lucrurilor, ci numai unele semne convenţionale care nu prezintă nici o asemănare cu realitatea, afirmă Helmholtz. Căutînd să tragă o linie de demarcaţie principială între „fenomen" şi „lucrul în sine", Helmholtz ajunge la agnosticismul kantian.

Ideile lui Helmholtz au fost îmbrăţişate de unii fiziologi şi de filozofii idealişti, apologeţi ai orînduirii burgheze. Astfel ei au căutat să argumenteze teza idealistă a pretinsei incognoscibilităţi a lumii. Chiar unii materialişti, ca de exemplu Plehanov, au fost induşi în eroare de această teorie. Plehanov a căutat să împace teoria hieroglifelor (simbolurilor) cu tezele materialismului dialectic. Pentru această greşeală Plehanov a fost aspru criticat de către V. I. Lenin.

Noile date ale fiziologiei organelor de simţuri au primit o generalizare teoretică diametral opusă în operele fiziologilor materialişti.

Este foarte semnificativ în acest sens faptul că în Rusia, unde ştiinţele naturii şi fiziologia s-au dezvoltat sub influenţa puternică a ideilor materialiste ale democraţilor revoluţionari, concepţiile lui Müller au fost de la început primite cu neîncredere de către oamenii de ştiinţă materialişti.

Astfel, deja în 1828, jurnalul „Vestnik estestvenîi nauk i mediţini" combate aşa numita lege a energiei specifice a organelor de simţuri. Criticînd tezele mülleriene, autorul articolului le caracterizează drept speculaţii care „caută să ghicească natura în loc să o cerceteze şi să o observe" [1].

Materialist conştient, părintele fiziologiei ruse, Ivan Mihailovici Secenov (1829-1905) a expus în lucrările sale, în problema discutată, un punct de vedere materialist.

Teza de bază a lui Secenov este „convingerea proprie, indiscutabilă, proprie oricărui om, că lumea exterioară există" [2].

El îşi exprimă convingerea fermă că lumea poate fi cunoscută. Succesele obţinute de ştiinţele naturii sînt tocmai cele mai concludente dovezi în acest sens. Pe baza a numeroase date experimentale I. M. Secenov arată că imaginea obiectului ne dă un tablou real, demn de încredere. Luînd poziţie contra părerilor agnostice, Secenov susţine că „asemănarea între obiectul exterior şi imaginea sa de pe retină nu poate fi pusă la îndoială" [3].

Imaginea obiectului nu este o copie mecanică, dar în acelaşi timp nu se poate nega asemănarea ei cu obiectul reflectat. Ochiul, de exemplu, reflectă aproximativ exact: forma, mărimea, mişcarea şi poziţia obiectului în spaţiu.

Secenov a recunoscut importanţa excepţională a faptului, că datele organelor de simţuri se completează în mod reciproc. El a arătat pe baza unor date experimentale că mîna, care pipăie obiectul, dă orbului bunăoară toate datele pe care le furnizează ochiul cu excepţia culorii obiectelor şi a percepţiei lor la distanţă, dincolo de posibilitatea atingerii lor cu mîna.

Secenov a recunoscut în acelaşi timp că datele furnizate de organele de simţuri „reprezintă sursa întregii vieţi psihice" [4].

Adînc convins de realitatea lumii exterioare, el a recunoscut adevărul obiectiv şi a considerat „lucrul în sine" a lui Kant, o funcţie metafizică, dezminţită de realizările tehnicii şi ale ştiinţelor naturii. Concluzia materialistă a lui Secenov pledează pentru o reală cognoscibilitate a lumii. „Asemănările şi deosebirile sezisate de om între obiectele pe care le percepem, reprezintă asemănări şi deosebiri reale" [5].

Elevul lui Secenov, Vvedenski (1852-1922) s-a situat de asemenea pe poziţii materialiste, combătînd teoriile agnostice ale lui Müller. In opoziţie cu J. Müller, Vvedenski, prin învăţătura sa despre mobilitatea funcţională a ţesuturilor, a arătat că reacţiile de răspuns la excitaţiile externe sînt determinate, nu numai de starea organismului, dar şi de caracterul excitaţiilor din mediul extern. Substratul viu este într-o unitate de nezdruncinat cu mediul său înconjurător.

Fiziologii materialişti din ţara noastră au avut de asemenea o părere ostilă idealismului fiziologic. Este foarte caracteristic în acest sens faptul că tînărul Victor Babeş (1854-1926) chiar în prima sa lucrare filozofică

---

[1] *Koştoianţ*, Schiţe din istoria fiziologiei ruse. Editura Academiei de Ştiinţe a U.R.S.S., Moscova, 1946, pag. 67.

[2] *I. M. Secenov*, Opere filozofice şi psihologice alese, 1947, ed. rusă, pag. 344.

[3] *Secenov*, op. cit., pag. 332.

[4] Op. cit., pag. 286.

[5] Op. cit., pag. 359.

„Consideraţii asupra raportului ştiinţelor naturale către filozofie" combate tezele idealismului fiziologic.

Victor Babeş porneşte de la teza materialistă a realităţii lumii obiective.

El recunoaşte, nu numai existenţa obiectivă a realităţii, izvorul tuturor senzaţiilor, dar în acelaşi timp arată că „legitatea şi regularitatea" sînt legi naturale şi nicidecum scheme sau forme logice pe care omul le dă fenomenelor.

Babeş vede clar că senzaţiile nu reprezintă imagini complete ale lucrurilor, dar el crede că pentru a descoperi legitatea şi cauzalitatea fenomenelor nu este absolut necesar să cunoaştem obiectul din toate punctele de vedere.

De aceea el ia poziţie contra agnosticismului kantian despre incognoscibilitatea „lucrului în sine"... „Totuşi nu putem zice, cu Kant, că despre esenţa lucrurilor nu ştim chiar nimic. Putem admite că, dacă am avea simţuri mai dezvoltate, acelea ar pătrunde mai profund esenţa lucrurilor şi că aşa cum sîntem, cunoştinţele noastre despre lucruri sînt foarte defectuoase. Dar cu asemenea îndreptăţire putem asemăna cunoştinţa noastră despre obiecte, cu observaţiile oamenilor scurţi la vedere, sau ale oamenilor ce nu disting culorile, ci privesc lumea ca o gravură. Aceşti oameni, şi chiar orbii vor observa lumea ca şi noi, deşi unele însuşiri ale corpurilor le vor rămîne necuprinse, fiindcă le lipseşte în sensuri capacitatea cerută" [1].

Faptul că unele date ale realităţii sînt inaccesibile simţurilor noastre nu pledează la el pentru incognoscibilitatea principială a lumii. „Locul *orb* în experienţele noastre despre natură noi îl completăm prin cugetul nostru, după legalitatea experimentată în ea" [2].

Ca o concluzie a întregului şir de raţionamente apare convingerea materialistă fermă, că „ştiinţa naturală poate presupune (cu aceeaşi îndreptăţire *ceva care niciodată nu a înşelat-o sau amăgit-o,* adică şi cugetării omeneşti (îi) corespunde un obiect care ne impresionează după legile naturii [3].

Naturaliştii şi fiziologii materialişti au considerat totdeauna tezele lui Müller şi Helmholtz profund greşite şi idealiste.

Caracterul reacţionar şi antiştiinţific al „idealismului fiziologic" a fost combătut de filozofii materialişti. Chiar Ludwig Feuerbach, încă în anul 1866, a făcut o critică aspră „legii" energiei specifice a organelor de simţ. Lenin arată că L. Feuerbach „s-a năpustit asupra lui Johannes Müller, celebrul întemeietor al fiziologiei moderne, clasîndu-l „printre idealiştii fiziologi" [4].

Clasicii marxismului au adus o critică aspră idealismului fiziologic. Marx şi Engels au combătut concluziile agnostice ale lui Helmholtz; în scrisoarea sa din 28 mai 1876 către Karl Marx, Engels arată nejusta înţelegere a „lucrului în sine" de către Helmholtz.

In „Dialectica naturii" Engels combate părerile greşite ale lui Helmholtz, cum că natura mărginită şi imperfectă în multe privinţe, a ochiului omenesc, ar conduce la denaturarea şi falsificarea realităţii. Construcţia

---

[1] *V. Babeş,* Opere alese, vol. I, Ed. Acad. R.P.R., 1954, pag. 3—4.
[2] Op. cit., pag. 4.
[3] *Ibidem.*
[4] *Lenin,* Opere, vol. 14, Editura de stat pt. lit. politică, 1954, pag. 298.

anatomo-fiziologică a ochiului nostru nu constituie un hotar absolut pentru cunoaşterea omenească, arată Engels. Puterea cunoaşterii omeneşti poate fi judecată numai pe baza realizărilor ei obţinute, în aprofundarea şi cunoaşterea realităţii în trecut şi prezent.

Dezvoltarea organelor de simţuri, ca şi a gîndirii umane, s-a desfăşurat, cum arată Marx şi Engels, în procesul activităţii sociale a omului. In procesul evoluţiei, organele de simţuri s-au diferenţiat. „Obiectul" ochiului, arată Marx, este diferit de „obiectul" urechii. Fiecare organ de simţ răspunde în mod optim la un excitant adecvat, care îi este specific.

Cu drept cuvînt remarcă Marx că perfecţionarea celor 5 organe de simţuri este produsul întregii istorii umane. Numai în procesul activităţii sociale s-au dezvoltat şi s-au perfecţionat organele de simţuri, apărînd simţul muzical, simţul artistic etc.

Caracterul reacţionar şi antiştiinţific al „idealismului fiziologic" şi al teoriei simbolurilor a fost arătat multilateral de V. I. Lenin în geniala sa lucrare „Materialism şi empiriocriticism". Lucrarea lui Lenin apără şi dezvoltă în chip strălucit tezele materialismului filozofic ale lui Marx şi Engels. Lenin în această lucrare dă o lovitură decisivă tuturor varietăţilor machismului şi empiriocriticismului — varietăţi camuflate ale idealismului.

Tuturor acestor păreri greşite Lenin le-a contrapus teoria materialist-dialectică a cunoaşterii. Esenţa acestei teorii este caracterizată de Lenin în felul următor: „Lucrurile există în afara noastră. Percepţiile şi reprezentările noastre nu sînt decît imagini ale lor. Verificarea acestor imagini, distincţia ce o facem între cele adevărate şi cele eronate ne este dată de practică" [1].

Senzaţia este o imagine a materiei în mişcare. Senzaţiile sînt provocate de acţiunea materiei în mişcare asupra organelor noastre senzoriale.

Realitatea există independent de noi. Adevărul acestei teze materialiste este confirmat de practica milenară a omenirii. „Aceeaşi *experienţă*... care a făcut să ne formăm convingerea nestrămutată că există *independent* de noi alţi oameni... aceeaşi *experienţă* a făcut să ne formăm convingerea că lucrurile, lumea, mediul, există indepedent de noi [2].

Calităţile lucrurilor există independent de noi, ele sînt proprii obiectelor naturii. Senzaţiile noastre iau naştere prin acţiunea acestora asupra organelor noastre de simţ. Corpurile materiale posedînd culori, sunete, mirosuri, acţionează asupra organelor de simţ şi produc senzaţiile. Senzaţia este deci rezultatul acţiunii materiei, asupra organelor noastre senzoriale.

Datele fiziologiei şi fizicii moderne, subliniază justeţea punctului de vedere leninist. Ele arată de exemplu că diferitelor culori observate de ochiul nostru le corespund în realitate unde de lumină, care diferă între ele după frecvenţa vibraţiei şi lungimea de undă.

Fiziologia pavlovistă a arătat că radiaţiile de lumină sînt izvorul imaginilor noastre de lumină. Substratul material al acestui proces în ochi îl constituie retina. In celulele foto- şi cromosensibile ale retinei, sub influenţa excitaţiei, apar fenomene fotochimice şi electrice, în urma cărora apare o modificare a concentraţiei ionilor în terminaţiile periferice ale ner-

---

[1] *Lenin*, Op. cit., pag. 100.
[2] Op. cit., pag. 58—59.

vului vizual. Modificarea concentrației ionilor provoacă excitația fiziologică a nervului vizual. In elementele senzitive ale retinei se petrece deci un proces de transformare complex: trecerea energiei luminoase în energie nervoasă, adică în energia excitației fizîologice. Această excitație se transmite de-a lungul fibrelor nervului optic în centrul vizual al scoarței emisferelor cerebrale.

In cazul imaginii vizuale, imaginea obiectului apare deja în retină, dar aceasta nu este încă imaginea ei subiectivă. Pentru ca excitația fiziologică să se transforme într-un act de conștiință (senzație, percepție), după cum arată Pavlov, este nevoie de un act complex de analiză și de sinteză, care se petrece numai în scoarța cerebrală.

Datele furnizate de senzație, sînt aprofundate în procesul cunoașterii logice, în procesul gîndirii.

Aceste fapte arătate de fiziologia pavlovistă au fost genial sezisate de Lenin. Vorbind despre raportul dintre obiect și imagine, Lenin remarcă că „senzația este legătura directă dintre cunoștință și lumea exterioară, transformarea energiei excitației exterioare în fapte de conștiință" [1].

Excitația exterioară, acționînd asupra organelor de simțuri, se transformă în creierul uman într-un act psihic elementar — senzația.

Aceste teze leniniste sînt de o importanță excepțională în combaterea tezelor antiștiințifice ale idealismului fiziologic.

Lenin arată că *forma* senzației este determinată de structura anatomo-fiziologică a organelor de simț și de starea organismului în general. Dar *conținutul* senzației este obiectiv. Izvorul senzațiilor nu sînt organele de simțuri, cum susține Müller, ci lumea externă.

Subiectivitatea imaginii nu înseamnă că ea este o denaturare a realității. Ea denotă numai faptul că imaginea există în conștiința noastră.

Senzația reprezintă unitatea dialectică dintre obiectiv și subiectiv. Rolul determinant în această unitate îl joacă *obiectivul,* realitatea independentă de noi, care acționînd asupra organelor de simțuri dă naștere senzației. Conținutul senzației nu depinde nici de starea organelor de simț, nici de starea organismului uman în general. Obiectul real al senzației și premisa ei constituie realitatea obiectivă.

„Senzația este o imagine subiectivă a lumii obiective" [2]. Iată concluzia capitală a lui Lenin.

Idealismul fiziologic n-a fost în stare să înțeleagă în mod dialectic procesul cunoașterii umane. El a considerat specificitatea organelor de simțuri ca o piedică în cunoașterea realității. Caracterul specific al organelor de simț, după cum arată Pavlov, dimpotrivă asigură reflectarea și cunoașterea adecvată a realității, el asigură izolarea anumitor excitații importante din punct de vedere biologic.

I. P. Pavlov a arătat existența raportului de dependență a organelor de simț față de excitanții externi. Rolul lor fiziologic constă în a „confrunta în mod precis modificările din lumea exterioară cu modificările corespunzătoare din organismul animal și de a stabili legile acestor raporturi" [3].

Pavlov a fundamentat din punct de vedere fiziologic existența legă-

---

1 *Lenin,* Op. cit., pag. 40.
2 *Lenin,* Op. cit., pag. 110. (Sublinierea este a mea. *S. I.).*
3 *Pavlov,* Op. cit., vol. al III-lea, pag. 94.

turii indisolubile între fiziologic şi psihic, a arătat că fenomenele psihice iau naştere pe baza fenomenelor fiziologice.

Tezele leniniste reprezintă în acelaşi timp şi o critică principală a teoriei simbolurilor lui Helmholtz.

Intr-adevăr, arată Lenin imaginea nu este o copie mecanică a lucrurilor. Dar nu se poate nega asemănarea dintre imagine şi obiect. Dacă organele de simţ nu ne-ar da o reflectare reală a lucrurilor, ele nu ne-ar putea servi la orientarea şi la adaptarea noastră biologică adecvată mediului înconjurător. Practica socială controlează adevărul cunoştinţelor noastre, infirmînd pe cele false, confirmînd pe cele juste. Datele obţinute prin organele de simţuri se completează reciproc.

Corelaţia dintre organele de simţ e o condiţie extrem de importantă în reflectarea adecvată a realităţii. Ele se completează reciproc. Idealismul fiziologic falsifică faptele atunci cînd susţine că organele de simţuri sînt total izolate unele de celelalte, că „limba" unui organ de simţ n-ar putea fi tradusă în „limba" unui alt organ de simţ. Fenomene ca, de exemplu sunetul, pot fi recepţionate, nu numai cu ajutorul auzului, dar şi cu ajutorul pipăitului sau al aşa-numitei senzaţii vibratile.

Materialismul consideră în deplină concordanţă cu datele ştiinţelor naturii şi cu întreaga practică socială a omenirii că lumea există independent de noi şi că este aşa cum o percepem noi.

Aducînd o critică severă inconsecvenţei filozofice a lui Helmholtz, Lenin arată că acesta se contrazice pe sine însuşi căci „dacă senzaţiile nu sînt imagini ale lucrurilor, ci numai semne sau simboluri, care n-au nici o asemănare cu ele, atunci postulatul materialist iniţial a lui Helmholtz se surpă, şi pune într-o anumită măsură la îndoială existenţa obiectelor exterioare, deoarece sînt pe deplin posibile semne sau simboluri în raport cu obiecte fictive, toată lumea cunoscînd exemple *de asemenea* semne sau simboluri" [1].

Negînd caracterul autentic al cunoştinţelor noastre, teoria simbolurilor introduce o „oarecare neîncredere în senzorialitate, neîncredere în indicaţiile organelor noastre senzoriale. Incontestabil, imaginea nu poate fi niciodată pe deplin identică cu modelul. Una este însă imaginea, şi alta simbolul, *semnul convenţional*. Imaginea presupune în mod necesar şi inevitabil realitatea obiectivă a celor „reflectate". „Semnul convenţional „simbolul", „hieroglifa" sînt noţiuni care introduc un element de agnosticism, cu totul de prisos" [2].

Demascînd caracterul neîntemeiat al tezelor idealismului fiziologic, Lenin ne dă în acelaşi timp o profundă analiză a rădăcinilor istorice şi gnoseologice ale acestui fenomen.

Care a fost motivul care a condus o sumă de fiziologi la concluzii idealiste şi agnostice ? Lenin arată că întocmai ca în cazul „idealismului fizic" de la începutul secolului al XX-lea, idealismul fiziologic a apărut într-o perioadă de bruscă răsturnare a unor vechi noţiuni tradiţionale.

Noile fapte acumulate de ştiinţă au scos la iveală caracterul relativ al cunoştinţelor de pînă atunci în domeniul fiziologiei. Concepţiile mecaniciste, care considerau senzaţia cu o copie mecanică a realităţii, s-au dovedit a fi înguste. Noile fapte acumulate de ştiinţă au arătat că senzaţia

---

[1] *Lenin*, Op. cit., pag. 228.
[2] *Lenin*, Op. cit., pag. 229.

depinde într-o anumită măsură de structura anatomo-fiziologică a organelor de simţ. „Idealismul fiziologic" a denaturat aceste fapte şi a conchis că imaginea este subiectivă în întregimea ei.

Fiziologii idealişti nu s-au apropiat de această problemă în mod dialectic. Ei n-au înţeles că vechile păreri, care conţineau un adevăr relativ, au fost înlocuite cu noi cunoştinţe mai apropiate de adevărul absolut.

Pe baza faptului că cunoştinţele umane sînt în continuă mişcare şi că adevărurile obţinute nu sînt decît adevăruri relative, idealiştii au tras concluzia că în ştiinţă nu poate exista cunoaştere reală, cunoştinţele noastre au valoarea numai a unor simboluri : totul este relativ. Acest relativism idealist înseamnă de fapt totodată negarea realităţii lumii materiale, a adevărului obiectiv.

Relativismul este baza idealismului fiziologic. Însuşi progresul ştiinţei a fost baza pe care s-au ivit aceste tendinţe reacţionare idealiste.

Fiziologii idealişti nu au înţeles că relativitatea cunoştinţelor noastre nu este o piedică în cunoaşterea adecvată a lumii. Ei n-au înţeles că „în domeniul teoriei cunoaşterii, ca şi în toate celelalte domenii ale ştiinţei, trebuie să raţionăm în mod dialectic, adică să nu considerăm cunoştinţele noastre ca ceva definitiv şi invariabil, şi să analizăm în ce mod apare *cunoaşterea* din *necunoaştere,* în ce mod cunoştinţele incomplete, neprecise, devin mai complete şi mai precise" [1].

Relativitatea cunoştinţelor noastre nu înseamnă că ele nu reprezintă adevăruri. Lenin a arătat că orişice cunoştinţă umană într-o perioadă istorică dată prezintă un caracter relativ, dar în acelaşi timp ea conţine o fărîmă a adevărului absolut. Aceste teze arată net netemeinicia, atît a părerile dogmaticilor, care consideră adevărul neschimbător, dat o dată pentru totdeauna, cît şi a părerilor relativiştilor, care neagă orişice autenticitate a cunoştinţelor umane.

Vechiul materialism a avut o serie de neajunsuri şi în domeniul fiziologiei. Dar în acelaşi timp el a conţinut o serie de fapte incontestabile. Noile descoperiri în fiziologie au arătat că a dispărut limita pînă la care au ajuns cunoştinţele noastre, că ele trebuie completate şi aprofundate pe baza de noi fapte. „Idealismul fiziologic, arată Lenin, nu înseamnă decît că într-un domeniu al ştiinţelor naturii, o şcoală de naturalişti a alunecat pe panta filozofiei reacţionare, dat fiindcă ea n-a fost în stare să se ridice de-a dreptul şi dintr-o dată de la materialismul metafizic la materialismul dialectic" [2].

In acelaşi timp Lenin a arătat rădăcinile de clasă ale idealismului fiziologic. Acestea sînt identice cu cele ale idealismului în general. Negarea materialităţii lumii, a cognoscibilităţii legilor sale, este întrebuinţată de apologeţii claselor reacţionare pentru a „fundamenta" teza neştiinţifică a caracterului veşnic şi neschimbător al orînduirii burgheze. Idealismul este o denaturare a realităţii, teorie burgheză de clasă îndreptată contra luptei de eliberare a proletariatului.

Intr-adevăr, devierile idealiste ale fiziologilor au fost speculate în scopuri de clasă de către filozofii idealişti ai claselor reacţionare (Lange, Remke) deja în a doua jumătate a secolului al XIX-lea.

Astăzi în ţările imperialiste o serie de „savanţi" caută să reînvie tezele perimate ale idealismului fiziologic. In dosul acestor teorii trebuie să

---

[1] *Lenin,* Op. cit., pag. 93.
[2] *Lenin,* Op. cit., pag. 306.

recunoaştem lupta partidelor în filozofie. Ele exprimă în ultima analiză tendinţele şi ideologia burgheziei imperialiste în descompunere.

Astfel teoria simbolurilor şi-a găsit răsunet în teoriile idealismului „fizic" despre caracterul convenţional al cunoştinţelor noastre. Idealismul fizic, afirmînd că mişcările electronului sînt incognoscibile, pretinzînd că principiul cauzalităţii nu acţionează în lumea microcosmică, nu face altceva decît să reînvie sub o altă formă şi mai reacţionară tezele helmholtziene.

Aşa-numita teorie a mezomeriei şi a rezonanţei în chimie consideră formulele chimice drept semne convenţionale. Ea neagă orişice corespondenţă a lor cu lucrurile reprezentate. Şi această teorie nu este altceva decît vechea teorie a simbolurilor, a cărei netemeinicie a fost atît de profund arătată de către Lenin.

In filozofia idealistă de azi, tezele lui Johannes, Müller şi Helmholtz de asemenea şi-au găsit răsunet. Astfel gestaltismul curent reacţionar, idealist, susţine că procesele psihice au o formă preexistentă, aprioricâ existenţei. Asociaţia senzaţiilor, practica, nu ar avea nici un rol în cunoaştere. Aceste teze reînvie apriorismul müllerian. Teorii asemănătoare sînt susţinute de către hollişti, pozitiviştii logici şi alte varietăţi ale idealismului.

Părerile asemănătoare ale unor medici şi psihologi din ţara noastră, au fost combătute în sesiunea lărgită a sesiunii de ştiinţe medicale a Academiei R.P.R. din decembrie 1952.

In combaterea acestor teorii pseudoştiinţifice ne sînt de un imens ajutor indicaţiile leniniste.

Analiza critică a rădăcinilor istorice şi gnoseologice ale idealismului fiziologic, critica ştiinţifică a tezelor sale idealiste de către Lenin, reprezintă o strălucită pildă de generalizare de pe poziţiile materialismului, a noilor fapte acumulate de ştiinţele naturii. Ea arată în acelaşi timp necesitatea aprofundării de pe poziţiile materialismului a datelor ştiinţelor naturii. „Naturaliştii trebuie să ştie că rezultatele ştiinţelor naturii sînt noţiuni, iar manipularea iscusită a noţiunilor nu este ceva înăscut, ci este rezultatul a 2 000 de ani de dezvoltare a ştiinţelor naturii şi a filozofiei" [1].

Ele ne învaţă să distingem totdeauna între materialul faptic al ştiinţelor naturii şi concluziile trase din el. Dacă materialul faptic nu poate fi pus la îndoială, trebuie să cercetăm cu o deosebită atenţie concluziile trase. Aceste concluzii au un caracter de clasă partinic. Concluziile idealiste ale apologeţilor claselor reacţionare falsifică realitatea. Ele trebuie demascate şi înlocuite cu concluzii materialiste, în concordanţă totală cu realitatea. De aceea e o necesitate primordială ca fiecare cercetător în ştiinţele naturii să fie înarmat cu tezele materialismului dialectic. Numai astfel va putea distinge între fapte şi concluzii, numai astfel va putea respinge concluziile idealiste şi va putea să le înlocuiască cu cele materialiste.

Lupta ideologică este o reflectare pe plan suprastructural al luptei de clasă. De aceea demascarea idealismului de orice natură în ştiinţă este în acelaşi timp o victorie asupra ideologiei burgheze. Şi, din contra, o acceptare necritică a idealismului în ştiinţă înseamnă în acelaşi timp a cădea sub influenţa ideologiei burgheze. După cum arată tov. Gh. Gheor-

---

[1] *Lenin*, Caiete filozofice, ediţia rusă, pag. 247.

ghîiu-Dej în știință lupta materialismului contra idealismului este însăși lupta pentru viitorul științei. Această luptă joacă în același timp un rol important în întărirea ideologiei socialiste, factor de bază în dezvoltarea conștiinței socialiste a oamenilor muncii.

Strălucitele idei leniniste ne sînt de un imens ajutor în această luptă, contra rămășițelor de orice natură a idealismului în medicină și fiziologie.

Articol intrat în redacție în decembrie 1954.

In atenția autorilor

In vederea îmbunătățirii muncii redacționale, pentru a se putea tipări revista la timp și în condiții tehnice cît mai bune, recomandăm autorilor ca la întocmirea articolelor să țină seama de următoarele indicații:

1. — Articolele vor fi scrise la mașină pe o singură față, la două rînduri, cu o margine lată de 4 cm în stînga textului. Fiecare articol va fi însoțit de un rezumat scurt. Articolele se vor trimite în dublu exemplar, din care un exemplar va fi în mod obligatoriu originalul, și vor fi scrise cu noua ortografie a R.P.R. Nu se admit articole scrise pe foiță sau avînd ștersături sau modificări în text. Articolele se trimit la adresa: Editura Medicală, str. Aristide Briand 7, București, raionul I. V. Stalin (secretariatul publicațiilor originale pentru revista...).

Pe prima pagină se va menționa:

a) titlul articolului;

b) pronumele și numele autorului;

c) denumirea instituției în care s-a făcut lucrarea;

d) dacă lucrarea a fost comunicată la S.S.M. se va menționa filiala, secția și data comunicării.

2. — Articolele vor purta în mod obligatoriu semnătura autorului (la sfîrșit, citeț) și adresa lui exactă pentru a se putea trimite eventualele observații precum și retribuția corespunzătoare.

3. — Articolele nu vor depăși:

a) 4 pagini dactilografiate pentru recenzii, cronici, dări de seamă, note;

b) 6 pagini dactilografiate pentru probleme de tehnică și inovații;

c) 8 pagini dactilografiate pentru probleme de organizare, schimb de experiență;

d) 10 pagini dactilografiate pentru lucrări originale, cercetări experimentale;

e) 18 pagini dactilografiate pentru referate generale.

4. — Expunerea trebuie să fie clară și concisă, fără cuvinte și fraze inutile.

În expunerea materialului, redacția recomandă autorilor să respecte următoarea ordine:

a) Felul în care se pune problema, însoțit de o scurtă trecere în revistă a datelor bibliografice sau eventual istorice;

b) Descrierea metodei de cercetare utilizate (dacă metoda nu este prea cunoscută);

c) Descrierea rezultatelor efectiv obținute;

d) Scurtă analiză a rezultatelor obținute, compararea lor cu datele din literatură și încadrarea lor în tezele pe care autorul le consideră fundamentale;

e) Scurte concluzii;

f) Se recomandă utilizarea cifrelor relative (procentuale) și nu a celor absolute.

5. — Articolele trebuie minuțios controlate de autori, întrucît corectura nu se trimite autorului. Se vor verifica:

a) Cifrele, totalurile și procentele; se va controla dacă cifrele cuprinse în tabele corespund cu cele din text;

b) Se vor da indicații cu privire la titluri și subtitluri;

c) Expunerea cazurilor clinice, descrierea unei tehnici și în general părțile care nu sînt esențiale pentru argumentația lucrării, vor fi însemnate pe marginea stîngă cu o linie veticală și cu mențiunea „literă mică";

d) Tabelele vor fi numerotate cu cifre romane;

e) Fotografiile, desenele, schițele, diagramele vor fi însemnate cu cifre arabe;

f) Microfotografiile și desenele după microscop vor trebui să fie însoțite de indicația măririi;

g) Radiografiile vor fi însoțite de un cartuș cu desen explicativ;

h) In cuprinsul textului se va menționa precis locul unde trebuie introdus tabelul sau desenul.

6. — Tot materialul grafic (fotografii, desene, schițe, diagrame) trebuie să fie cît mai redus, limitîndu-se la strictul necesar. Fotografiile vor fi de contrast, desenele precis executate, iar schițele și diagramele făcute în tuș. Nu se primesc schițe sau desene colorate.

Pe verso-ul desenului sau fotografiei se scrie titlul articolului, numele autorului, numărul de ordine, precum și mențiunea „sus" și „jos".

Materialele grafice vor fi însoțite de legendele figurilor respective, precum și de un borderou semnat, în care se va indica numele și locul lor în manuscris. Materialul grafic cu borderoul se pun într-un plic pe care se notează titlul articolului și numele autorului și se anexează la manuscris.

7. — Bibliografia va fi dată în ordinea alfabetică și va cuprinde:

— pentru cărți: autorul, titlul, ediția, anul, editura;

— pentru reviste: autorul, titlul, revista, anul, numărul, luna, pagina.

In bibliografie se vor include numai acele lucrări care se găsesc menționate în articol.

8. — Articolele care nu prezintă condițiile enumerate la punctele de mai sus vor fi retrimise autorilor pentru corectare.

9. — Redacția își rezervă dreptul de a scurta și corecta articolele.

10. — Nu se acceptă lucrări care au mai fost tipărite sau trimise spre publicare altor reviste.

11. — Articolele neacceptate pentru publicare nu se restituie autorului.

12. — Redacția va răspunde în timp util autorilor despre acceptarea sau neacceptarea articolului, sau eventual despre necesitatea modificării lui.

13. — In vederea unei colaborări mai strînse între redacția revistei și cititori, rugăm pe cititori să ne transmită în scris părerile lor asupra revistei și a articolelor publicate.

EDITURA MEDICALĂ
București, str. Aristide Briand nr. 7

Intreprinderea Poligrafică nr. 2 — str. Brezoianu nr. 23—25, București. — c. 3702

E 1742
KAT

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R P R

Institut de
BUCUREȘTI

4

1955

OCTOMBRIE — DECEMBRIE

EM

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacţie: Dr. BAD EUGEN

Membri ai Colegiului de redacţie:

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr. COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHERGHIŢOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREŞAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PIRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ŞTEFĂNESCU LEON, dr. VILCOCI ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE.

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII
IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și administrația: Str. Aristide Briand nr. 7 — telefon: 3.61.06

Anul V octombrie 4 decembrie 1955

SUMAR

	Pag.
* * * 90 de ani de la nașterea lui Ștefan Stîncă	3
Prof. L. GROM, dr. D. BURNEA: Probleme în legătură cu asistența medico-sanitară a muncitorilor din gospodăriile agricole de stat	5
ADRIANA DUMITRESCU: Despre metodologia cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă în gospodăriile agricole de stat	22
Dr. AL. PESCARU: Din experiența organizării circumscripției medicale de secție la serviciul medico-sanitar „23 August"	30
Dr. C. LUPULESCU: Munca de teren, factor hotărîtor în combaterea tuberculozei	45
Prof. dr. L. DANIELLO, dr. C. ANASTASATU, dr. V. LUCACIU: Expertiza medicală a capacității de muncă în silicoză și silicotuberculoză	52
Dr. G. BARBU: Carol Davila și timpul său	66
Dr. S. IZSAK: 180 de ani de la înființarea primei școli medicale din țara noastră	75
Referate	87

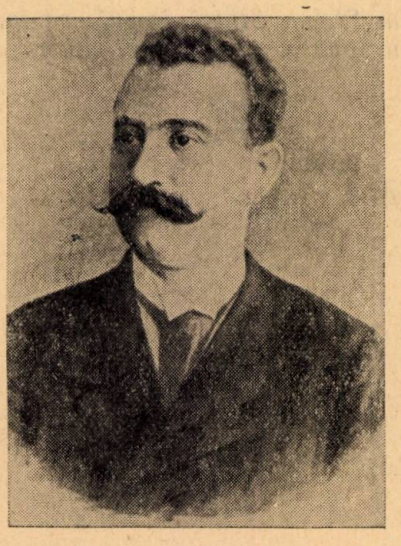
EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
★ ★ ★ — 90 лет со дня рождения Доктора Штефана Стынки . .	3
Л. ГРОМ, Д. БУРНЕА — Вопросы медикосанитарного обслуживания рабочих государственных сельских хозяйств	5
А. ДУМИТРЕСКУ — О методике изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности в государственных сельских хозяйствах	22
А. ПЕСКАРУ — Из опыта организации цехового врачебного участка при медикосанитарной части промышленного предприятия имени 23 августа	30
А. ЛУПУЛЕСКУ — Работа на местах — решаюший фактор в деле борьбы с туберкулезом	45
Л. ДАНИЭЛЛО, К. АНАСТАСИУ, В. ЛУКАЧИУ — Медицинская экспертиза степени трудоспособности при силикозе и силикотуберкулезе	52
Г, БАРБУ — Доктор Карол Давила и его эпоха	66
С. ИЗСАК — 180 лет со дня основания первого медицинского училища в Р Н Р	75
РЕФЕРАТЫ	87

Centrul de Medicină Regională ZULAJDONA

90 de ani de la naşterea lui Ştefan Stîncă



S-au împlinit la 11 noiembrie 90 de ani de la naşterea uneia dintre cele mai luminate figuri din trecutul medicinei noastre, dr. Ştefan Stîncă.

Opera sa fundamentală, „Mediul social ca factor patologic", apărută în 1891, reprezintă o contribuţie de preţ la tezaurul ştiinţei romîneşti. In această lucrare, sprijinindu-se pe învăţătura marxistă, Stîncă demonstrează rolul hotărîtor pe care îl au factorii sociali în apariţia şi extinderea bolilor, subliniind faptul că orînduirea capitalistă, care condamnă masele la mizerie şi foame, împiedică prin aceasta realizarea unei adevărate ocrotiri a sănătăţii poporului. Numai adînci transformări politico-economice, ducînd la desfiinţarea exploatării omului de către om, pot garanta şi preschimba mediul social, dintr-un factor patologic într-un factor de apărare şi întărire a sănătăţii celor mulţi. „In mîinile noastre — arată Stîncă — stă putinţa de a curma cu defectele inerente societăţii noastre; să ne slujim de această putere şi, mai ales, să venim în ajutorul acelora dintre noi care au mai multă nevoie şi care sufăr mai mult de pe urma relelor civilizaţiei, sub forma sa actuală. Vinde-

carea bolilor, la a căror producere ia parte însemnată mediul social, n-o poate aduce terapia medicală singură sau măsurile igienice singure: reformele mari sociale trebuie să le vină în ajutor".

Militant de frunte al mişcării muncitoreşti din ultimul deceniu al secolului trecut, Stîncă s-a simţit strîns legat de popor. Neştearsă a rămas amintirea sa în inimile ţăranilor şi muncitorilor din regiunile în care el a desfăşurat activitatea sa de medic.

Doborît de lipsuri şi mizerie, el moare în vîrstă de 32 de ani, la 25 ianuarie 1897.

Oamenii muncii din ţara noastră cinstesc plini de recunoştinţă memoria acestui strălucit înaintaş. Academia Republicii Populare Romîne l-a ales post mortem printre membrii săi, instituţii sanitare îi poartă numele, operele sale sînt retipărite pentru a fi din nou la îndemîna maselor.

Exemplul vieţii lui Ştefan Stîncă trebuie să însufleţească pe toţi cei ce luptă astăzi pentru sănătatea poporului nostru liber.

Probleme în legătură cu asistența medico-sanitară a muncitorilor din gospodăriile agricole de stat

Prof. L. Grom, dr. D. Burnea
(Lucrare executată în Institutul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinii — București)

Prin crearea industriei de mașini agricole și tractoare, prin înființarea unităților agricole socialiste, s-a asigurat în țara noastră o puternică bază tehnico-materială necesară dezvoltării continue a producției agricole și transformării socialiste a satelor.

Un rol însemnat pentru rezolvarea cu succes a acestor obiective revine gospodăriilor agricole de stat care, pe lîngă locul important ce îl ocupă în producția agricolă, au rolul de a fi centre deosebit de însemnate pentru introducerea agrotehnicii înaintate și a organizării pe baze științifice a agriculturii, la nivelul gospodăriilor agricole colective, întovărășirilor agricole, cît și a gospodăriilor individuale.

Faptul că G.A.S. sînt întreprinderi în plină dezvoltare și cu perspective de transformare în centre mari economice și culturale rurale, ridică numeroase probleme de ordin edilitar, urbanistic și sanitar, ceea ce impune tuturor forurilor cointeresate, inclusiv organelor ocrotirii sănătății, cunoașterea perspectivelor de dezvoltare a acestora și rezolvarea concomitentă a tuturor cerințelor sanitare, culturale și de trai ale oamenilor muncii din aceste formații agricole socialiste.

Îmbunătățirea condițiilor de muncă și de trai și preîntîmpinarea îmbolnăvirilor cu incapacitate temporară de muncă la mecanizatori, tehnicieni, brigadieri, au la acest nivel o deosebită importanță și din punct de vedere economic, știut fiind că o zi de incapacitate de muncă a unui tractorist, combainer, înseamnă o rămînere în urmă cu zeci de ha din plan.

Totodată G.A.S. prezintă, din punct de vedere economic, social și medico-sanitar, o serie de particularități, de care dacă nu ținem seama, nu este posibilă rezolvarea în mod just a întregului complex de probleme legate de organizarea ocrotirii sănătății populației în mediul rural.

Astfel, spre exemplu, faptul că numărul de muncitori în G.A.S. nu este constant, ci înregistrează o oscilație însemnată în cursul anului, ridică o problemă organizatorică particulară, care cere din partea unităților sanitare ce deservesc aceste colectivități, suficientă elasticitate în ceea ce privește capacitatea de cuprindere și rezolvare a sarcinilor medico-sanitare, ce variază în raport cu volumul și conținutul muncii medicale, la diferite etape ale muncilor agricole.

Fluctuația mare a muncitorilor agricoli, compunerea neomogenă a colectivităților, dispersia pe suprafețe mari a locurilor de muncă, procentul

însemnat de participare la munci agricole a femeilor și adolescenților, influența directă a factorilor climatici, în fine insuficienta cunoaștere a problemelor ce ridică la etapa actuală colectivitățile agricole socialiste, toate acestea impun necesitatea studierii, urmăririi și rezolvării la timp a problemelor ivite, de către cei ce se ocupă cu organizarea și asigurarea asistenței medico-sanitare în mediul rural.

★

Cercetările din anii precedenți întreprinse în cadrul Institutului de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei ne-au permis să constatăm o serie de lucruri în legătură cu particularitățile procesului de producție, ale organizării administrativo-gospodărești, ale cunoașterii tipurilor de gospodării agricole de stat mai frecvente la noi în țară și totodată au putut fi concretizate o serie de criterii, pentru o mai justă organizare a asistenței medicale în G.A.S.

Astfel, s-au constatat:

1. O lipsă de corelație între structura organizatorico-administrativă și sistemul de deservire medico-sanitară a acestor formațiuni agricole, deficiență ce a dus la o insuficientă accesibilitate și adeseori slabă calitate a asistenței medico-sanitare acordate muncitorilor agricoli.

2. S-a stabilit că normarea cu cadre medico-sanitare a gospodăriilor, numai pe baza numărului mediu de muncitori utilizați manual, nu este un criteriu suficient, întrucît cu același număr de muncitori unele gospodării pot fi de tip compact, altele de tip dispersat, iar gradul de dispersare a secțiilor și profilul lor sînt factori de o deosebită importanță la stabilirea nevoilor medico-sanitare și celor mai corespunzătoare forme organizatorice, pentru o bună deservire medico-sanitară a lor.

3. S-a constatat o slabă evidență, iar la unele gosodării de stat, chiar lipsa evidenței activității medico-sanitare; de aici, necunoașterea problemelor de ordin sanitar pe care le ridică gospodăriile agricole de stat.

4. Insuficienta cuprindere de către sanepidurile raionale, în cadrul preocupărilor lor, a sectorului socialist agricol.

În baza constatărilor s-a ajuns la concluzia că, în dezvoltarea și organizarea G.A.S. nu putem merge pe linia deservirii medico-sanitare numai prin rețea proprie, pentru motivul că majoritatea G.A.S. fiind de tip dispersat, cu distanțe mari între secții, punctul de sănătate al gospodăriei nu reușește să cuprindă toate secțiile și pe toți muncitorii, ci numai aproximativ 35% din secții, cu cel mult 40% din totalul muncitorilor. În vîrfurile de muncă agricolă, neavînd suficientă capacitate de adaptare la creșterea bruscă și a volumului muncii medico-sanitare, deficiențele acestui sistem se resimt și mai mult.

S-a ajuns la concluzia că asigurarea unei asistențe medicale, ușor accesibile muncitorilor din G.A.S., nu ar putea fi realizată decît prin aplicarea principiilor de deservire teritorială a secțiilor agricole ale gospodăriilor de stat, adică prin medicii de circumscripții pe teritoriul cărora se află secțiile respective.

★

Practica a arătat însă că o dată cu aplicarea acestui principiu rămîn încă neelucidate o serie de probleme legate de buna organizare a asistenței sanitare la nivelul acestor formații agricole, de exemplu:

1. O dată cu stabilirea principiului de deservire teritorială a secțiilor agricole, nu s-a putut stabili pe baze științifice dacă mai este necesară sau nu păstrarea și la nivelul G.A.S. a unui punct de sănătate propriu, încadrat cu medic.

2. Dacă sistemul de deservire fragmentară a secțiilor și trupurilor G.A.S. prin medicii de circumscripții respective, rezolvă atît problema accesibilității ajutorului medical, cît și asigurarea elasticității necesare cuprinderii activității în toate perioadele muncilor agricole, a rămas neprecizată însă problema: cine se ocupă propriu-zis de starea de sănătate a întregului colectiv, cine are privirea generală asupra complexului de probleme sanitare ce se ridică.

Datele studiate de fiecare medic de circumscripție pe numărul mic de muncitori, nu pot furniza concluzii valabile, nici indicatori de sezisare în acest domeniu. Și totuși, numeroase lucrări de construcții, mecanizarea pe scară largă a muncilor agricole, înființarea în măsură tot mai mare a atelierelor mecanice, dezvoltarea fermelor zootehnice, industrializarea produselor agricole, viața în comun a muncitorilor agricoli din gospodărie, utilizarea pe scară tot mai largă a substanțelor chimice etc., ridică mereu probleme proprii, atît de ordin curativo-profilactic, cît și sanitaro-antiepidemic, ce deosebesc aceste colectivități de restul populației rurale.

3. Dacă din considerentele arătate mai sus ajungem la concluzia că este necesar să menținem la gospodăriile de stat punctul de sănătate condus de medic, ne întrebăm la ce tipuri de gospodării trebuie menținute, ce profil trebuie să aibă acest medic (curativo-profilactic sau igienist); care sînt sarcinile ce-i revin; dacă sarcinile și volumul muncii ce-i revin justifică menținerea acestei funcții; dacă eventual medicul de circumscripție pe teritoriul căruia se află punctul de sănătate al gospodăriei nu poate îndeplini această funcție, iar în caz afirmativ, care trebuie să fie poziția lui față de ceilalți medici de circumscripție care deservesc restul secțiilor gospodăriei.

4. Se mai pune problema dacă organizarea și coordonarea măsurilor medico-sanitare și urmărirea stării de sănătate a muncitorilor din G.A.S. nu ar putea reveni organelor și instituțiilor de la nivelul raionului sau regiunii. În acest caz cărui raion și cărei instituții, știut fiind că sînt gospodării de stat care se întind pe 2—3 raioane, sau pe regiuni diferite.

5. Dacă nu cumva ar fi posibilă și indicată și la etapa actuală crearea circumscripțiilor agricole prin înglobarea în teritoriul lor a tuturor secțiilor și trupurilor gospodăriei respective.

Pentru a răspunde la aceste întrebări, și pentru a trage concluzii cît mai valabile în general, a fost necesară cercetarea unei gospodării de stat, într-un fel tipică, cu întreg complexul de probleme caracteristice gospodăriilor de stat din țara noastră și în baza concluziilor rezultate din aceste cercetări, de a planifica și a face experimentări.

★

În acest scop au fost cercetate 6 gospodării de stat, în vederea alegerii uneia pentru un studiu mai adînc. Dăm mai jos în mod sumar aspectele economico-administrative ale gospodăriilor cercetate, pentru a sublinia încă o dată particularitățile administrativ-organizatorice, caracteristice acestor unități.

Nr. crt.	Denumirea G.A.S.	Structura	Distanţe	Dispersare	Muncitori perm.	Muncitori sezon.	Organizare sanitară
1	„B."	Secţia centrală (5 trupuri) Secţia II (4 trupuri)	3-10 km 12 km	3 raioane (5 circ. sanitare)	140 120	500	1 punct sanitar condus de medic
2	„M."	5 secţii	15-45 km	2 raioane (5 circ. sanitare)	340	2.000	1 punct de sănătate condus de o soră medicală
3	„Bb"	3 secţii	2-4 km	3 circ. sanitare	150	1.200	—
4	„P."	3 secţii (8 trupuri)	—	4 circ. sanitare	450	1.500	1 punct de sănătate cu medic şi personal ajutător. În această comună se află şi spitalul
5	„D O."	6 secţii	—	—	400	2.000	1 punct de sănătate cu medic. În aceeaşi comună se află şi spitalul raional
6	„A.I."	6 secţii	3-15 km	3 raioane (4 circ. sanitare)	450	2.000	1 punct de sănătate încadrat cu: 1 medic 1 felcer 1 soră med.

Constatăm că, din punct de vedere al organizării administrative, al distanţelor, al gradului de dispersare şi fluctuaţiei muncitorilor, toate sînt asemănătoare, iar din punct de vedere al organizării sanitare, 1 G.A.S. are punct de sănătate condus de personal mediu, 1 nu are punct de sănătate propriu, iar 4 au puncte de sănătate conduse de medic.

Gospodăria agricolă de stat „D.O." are un punct de sănătate cu sta-

ționar la secția centrală, încadrat cu un medic, un felcer și o soră medicală.

Această gospodărie are un staționar bine încadrat cu personal medico-sanitar, amplasat însă în aceeași comună în care se mai află și spitalul raional.

Rezumativ putem spune că, cu tot volumul mare de probleme sanitare ce ridică gospodăria „D.O.", activitatea punctului sanitar la data cercetării noastre se reducea la cîteva consultații pe zi și vizite neregulate și fără obiective precise la secțiile exterioare, în timp ce una din secțiile gospodăriei ce se află pe teritoriul altei circumscripții, nu avea asigurată asistența medicală. Această secție, în timpul verii are un mare număr de muncitori, dar medicul circumscripției trebuind să deservească și cei 13 000 locuitori ai circumscripției, un S.M.T., 2 G.A.S., staționarul de adulți și casa de nașteri, nu poate asigura la un nivel corespunzător accesibilitatea și calitatea asistenței medicale, atît populației, cît și muncitorilor din sectorul socialist.

Dispersarea secțiilor și insuficienta asigurare a mijloacelor de transport nu permite personalului punctului de sănătate al G.A.S. de a-și extinde activitatea pe întreg teritoriul gospodăriei. Formele și metodele de colaborare între medicul gospodăriei și medicii circumscripțiilor ce deservesc secțiile îndepărtate nu au fost cunoscute de medicul G.A.S., lucru în general valabil și pentru celelalte trei gospodării ce au medic propriu.

G.A.S. „A.I." sintetizează toate problemele ridicate de celelalte gospodării de stat și avînd pe teritoriul secției centrale un punct de sănătate condus de medic, ne-a permis să urmărim mai îndeaproape problemele propuse.

★

Redăm descriptiv aspectul G.A.S. „A. I."

Ea este compusă din 6 secții cu 450 de muncitori permanenți, vara ajungînd uneori la 2 000, extinsă pe teritoriul a trei raioane și este deservită din punct de vedere medical de șase circumscripții sanitare rurale și un punct de sănătate propriu, încadrat cu ½ normă medic, un felcer, o soră medicală.

Gospodăria este compusă din:

1. *Secția centrală*

Cu 180 de salariați permanenți, ajungînd în perioadele de vîrfuri de muncă la 300, alcătuită din 3 trupuri:

a) Trupul B., la 3 km de ferma centrală.

b) Trupul S., la 3 km de ferma centrală.

c) Trupul C., la 6 km de ferma centrală.

2. *Secția mecanică* se află în comuna C. la 7 km de ferma centrală și are 88 de salariați permanenți.

3. *Secția Br.,* la 12 km de secția centrală, este compusă din 2 trupuri: trupul „Br" și trupul „M.M.", în medie cu 86 de muncitori.

4. *Secția T.,* la 15 km de secția centrală, are 5 trupuri: „C", „13", „5", „I.G.M." „I.M.F.". Numărul mediu al muncitorilor este de 85, atingînd vara 350.

5. *Secția P,* la 15 km de secția centrală, compusă din 3 trupuri distanțate între ele, între 6 km și 13 km, are 120 de muncitori permanenți, vara 250.

6. *Secția Bl.*, situată la 28 km de ferma centrală, cu 60—80 de muncitori, este compusă din 3 trupuri.

Cercetînd caracteristicile procesului de producție, a reieșit că această gospodărie agricolă are un profil mixt cu o accentuare a ramurii zootehnice.

Desfășurarea muncilor agricole în mare, poate fi schematizată astfel:

— etapa însămînțărilor de primăvară, între 15 martie și 15 aprilie;

— stringerea recoltei, între 15 iunie și 30 iulie;

— aratul și însămînțatul de toamnă de la 15 august la 15 octombrie.

De la 15 octombrie pînă la 15 martie este deci o perioadă de relativă acalmie în domeniul muncilor agricole.

In ceea ce privește fluctuația lunară a muncitorilor, situația în 1954 a fost următoarea:

Luna ianuarie	553 muncitori	luna iulie	1 561 muncitori
luna februarie	639 muncitori	luna august	1 312 muncitori
luna martie	1 361 muncitori	luna septembrie	655 muncitori
luna aprilie	1 677 muncitori	luna octombrie	1 130 muncitori
luna mai	1 645 muncitori	luna noiembrie	1 115 muncitori
luna iunie	1 744 muncitori	luna decembrie	864 muncitori

Deci, primăvara și toamna numărul este mai mare, vara, în timpul stringerii recoltei, scade cu puțin, iarna rămînînd în medie 650 de muncitori, majoritatea fiind salariați permanenți ai gospodăriei.

Gradul de mecanizare a muncilor în această gospodărie de stat este realizat în proporție de 47%.

Substanțele chimice care se utilizează ca îngrășăminte, fungicide și insecticide sînt substanțele azotate, fosfatice, sărurile de potasiu, acidul sulfuric, verdele de Paris, nitroxanul, sulfatul de carbon și sulfatul de cupru.

★

Avînd o imagine asupra profilului și structurii organizatorice a gospodăriei, să încercăm a prezenta și starea de fapt în ceea ce privește ocrotirea sănătății muncitorilor din G.A.S. „A.I." la data cercetării noastre.

Intîi, remarcăm aceeași lipsă de suprapunere între organizarea administrativă (amplasarea secțiilor și trupurilor gospodăriei) în raport cu delimitarea administrativ-economică a raioanelor, comunelor și în special cu teritorializarea circumscripțiilor sanitare rurale.

Să ilustrăm prin cîteva exemple:

Secțiile „T", „Br" și „M", se găsesc pe teritoriul unui raion, secția „P", pe teritoriul altui raion, iar secția „Bl" se întinde pe teritoriul a două raioane.

In raport cu delimitarea teritorială a circumscripțiilor sanitare rurale se constată un decalaj mai mare.

De exemplu, secția „Centrală", secția mecanică și o parte din secția „Br" (trupul „M.M.") se află pe teritoriul unei circumscripții sanitare, iar restul unităților secției „Br" se află pe teritoriul altei circumscripții sanitare

Trupul „F" al aceleiași secții, aflîndu-se la o distanță apreciabilă de dispensarul circumscripției, solicită asistența unui sanatoriu de tuberculoză osoasă, iar secția „P" solicită asistența spitalului mixt din comună.

Cunoscînd faptul că starea de sănătate a colectivităţiilor este determinată, în afară de factorii economici sociali şi de mediu, în mare parte şi de organizarea, calitatea şi eficienţa muncii medico-sanitare, am încercat să cunoaştem cîţiva indici de bază, pentru studiul stării de sănătate a muncitorilor deserviţi de acest mozaic de instituţii medicale, spre a ne da seama de eficienţa formei organizatorice şi de calitatea asistenţei, la nivelul acestei gospodării de stat.

Insuficienţa datelor statistice şi insuficienta cunoaştere de către organele medico-sanitare a problemelor ce ridică gospodăria cercetată, nu ne-au permis să putem aprecia pe baze obiective calitatea şi eficienţa ajutorului medical acordat muncitorilor din gospodăria „A.I.", de a aprecia volumul şi problemele medico-sanitare de aici.

Indicele de asigurare cu medici ar părea favorabil la prima vedere, ştiind că 4 medici de circumscripţie, 2 medici de spital şi un medic propriu au deservit în medie 1 220 muncitori în 1953 şi 1 043 în 1954, adică revenind în medie unui medic, circa 152—130 muncitori.

Aceşti medici însă au mai deservit şi populaţia rurală de 30 480 locuitori din patru circumscripţii sanitare.

Circumscripţia	Populaţia	Raza maximă	G.A.C.	G.A.S.	Medic	Personal mediu
„S"	7 779	12 km	1	1 secţie	1	8
„T"	9 539	13 km	1	1 „	1	2
„P"	7 852	10 km	1	1 „	1	5
„B"	5 310	10 km	—	1 „	1	5
Total	30 480					

Deci, unui medic de circumscripţie i-au revenit spre deservire medico-sanitară, ambulatoriu, un număr mai mare de locuitori dispersaţi în numeroase sate, pe o rază teritorială în medie de 11 km. Acest lucru nu a permis medicilor de a acorda o asistenţă preferenţială şi de calitate muncitorilor agricoli din sectorul socialist.

Reflectarea se vede în numărul zilelor de boală cu incapacitate temporară de muncă, ce nu a scăzut din 1953 în 1954, ci a crescut de la 2 zile la 2,4 zile de fiecare muncitor, cu tot numărul mare de cadre medicale ce au deservit în mod necoordonat această formaţie agricolă.

Din analiza cîtorva rapoarte şi din observaţiile noastre personale, mai putem da următoarele date ce oglindesc întrucîtva modul de deservire medico-sanitară a muncitorilor din această gospodărie de stat.

La secţia „T" (sediul circumscripţiei sanitare şi sediul secţiei se află în aceeaşi comună), medicul circumscripţiei, mai rar, şi mai des oficiantul sanitar, însă la intervale neregulate, se deplasau la nivelul secţiei, unde vedeau salariaţii pe care îi luau în tratamentul dispensarului, dacă

era cazul, obiectivul principal al vizitei fiind de obicei controlul condițiilor igienico-sanitare la cantină și dormitoare.

În timpul verii și toamnei, cînd secția se mută la cîmp, în barăci, distanța față de circumscripție devenind mai mare de 5—6 km, deplasarea personalului sanitar al circumscripției se făcea mai greu.

Cu toate că secția căpăta aci o soră de „Cruce Roșie", aceasta era de un ajutor prea mic bolnavilor, neavînd o îndrumare continuă, neavînd trusă, obținînd rar de la circumscripție medicamente de primă necesitate și în cantități insuficiente, repartizate după posibilitățile și bunăvoința medicului de circumscripție. Propunerile circumscripției sanitare pe linie igienico-sanitară au rămas în mare parte nerealizate, întrucît conducerea centrală a gospodăriei nu era înștiințată de către secția agricolă respectivă.

Trupul „Br", fiind situat la limita dintre două circumscripții, rămînea adeseori în afara activității sanitare desfășurate de ambele circumscripții.

Secția „P" deservită de spitalul de stat de pe teritoriul circumscripției sanitare vecine a rămas cu multe probleme nerezolvate pe linie igienico-sanitară, întrucît aceste sarcini reveneau circumscripției.

Trupurile secției „P", situate și ele la distanțe mari de sediul circumscripției nu aveau totdeauna truse de prim ajutor și muncitorii erau în aceste cazuri lipsiți de ajutorul medical elementar. Medicul circumscripției nu se putea deplasa în toate locurile din lipsa mijloacelor de transport ; rareori aceste trupuri erau vizitate de personalul sanitar mediu al circumscripției. Asistența curativă se acorda în mod pasiv de către spital.

Secția „Bl" a fost mai bine asigurată cu asistență medicală. Medicul circumscripției sanitare se deplasa de două ori pe săptămînă în secție, dînd consultații medicale și îndrumînd munca igienico-sanitară depusă de sora de „Cruce Roșie" și oficiantul sanitar al circumscripției, care vizita și el secția de două ori pe săptămînă.

Trupul „T" al aceleiași secții, situat la 5 km de circumscripția sanitară ce aparține altui raion, nu era vizitat în mod planificat de medicul circumscripției, care nu se deplasa la locurile de muncă, ci vedea pe muncitorii bolnavi cînd ei se prezentau la consultații.

În ceea ce privește rețeaua propriu-zisă de asistență medico-sanitară a G.A.S. „A.I." situația se prezenta astfel :

La secția centrală exista un punct sanitar, care a funcționat trei ani, condus de o soră medicală, iar din octombrie 1952, a fost încadrat cu un felcer medical. Mai tîrziu medicul circumscripției, ce își avea sediul în altă comună, a fost încadrat cu ½ normă pentru a deservi două întreprinderi : G.A.S. și I.C.A.S.

Modul cum a funcționat va rezulta întrucîtva tot din descriere, neavînd date statistice. Activitatea acestui punct, dependent de o circumscripție sanitară, nu s-a desfășurat după un plan de muncă stabilit. Restul secțiilor gospodăriei se aflau pe teritoriul altor circumscripții și munca celorlalți medici de circumscripții nu putea fi controlată de medicul circumscripției de care depindea punctul de sănătate al secției centrale, acesta neavînd nici timpul material în cadrul jumătății de normă, nici sarcini trasate în acest sens. De două ori pe lună medicul circumscripției vizita fiecare trup al secției centrale, fără a da consultații, îndrumînd însă bolnavii la circumscripție, unde elibera și certificatele medicale. La ni-

velul punctului sanitar nu am găsit o evidență din care să reiasă activitatea medico-sanitară, această activitate înglobîndu-se în evidența circumscripției.

Din punct de vedere igienico-sanitar, oficiantul sanitar al circumscripției vizita la intervale neregulate unitățile gospodăriei, fără a lua măsuri concrete de îndreptare a lipsurilor găsite, fără a le aduce la cunoștința administrației, limitîndu-se la somații pe care nu le mai urmărea. Nu avea un plan concret de lucru și nici îndrumarea necesară.

Punctul sanitar al gospodăriei era instalat într-o cameră necorespunzătoare, mică, fără sală de așteptare, neutilat.

Personalul nu avea la îndemînă mijloace de transport. Dacă totuși plecau să viziteze secțiile, nu aveau totdeauna truse medicale și o dată ajunși nu luau legătura cu medicii de circumscripție, ci rezolvau cum puteau problemele medicale, care de fapt se reduceau la controlul ordinii și curățeniei în bucătărie și dormitoare.

Salariații nu știau unde au dreptul să se prezinte în caz de boală.

În cursul anului 1953 au fost trimise, din inițiativa secției sanitare raionale, 3 muncitoare ale gospodăriei la un curs de 6 luni, de calificare ca surori de „Cruce Roșie". Au absolvit acest curs și au fost încadrate de secția sanitară raională cu ½ normă, urmînd să lucreze mai departe ½ normă în producție.

Nu a existat însă o activitate a lor pe linie medicală. Nu aveau instrucțiuni de la medicii de circumscripție asupra felului în care să-și desfășoare munca, nu aveau puncte sanitare la nivelul secțiilor și rareori obțineau cîte o trusă din medicamentele circumscripției. Cu pregătirea căpătată, dacă ar fi fost îndrumate mai îndeaproape, ar fi fost foarte utile gospodăriei.

În anul 1954, un spital din Capitală a început să patroneze gospodăria. Echipe de 4—5 medici, de diferite specialități, erau aduse cu mașina gospodăriei și dădeau la punctul sanitar consultații bolnavilor, care erau anunțați dinainte prin administrație.

Uneori medicii lăsau cîte o trusă de medicamente și au dat instrucțiuni personalului sanitar, pentru a îndruma bolnavii pentru internare la spital.

O dată cu începerea campaniei de recoltare, mașina nu a mai putut fi trimisă de G.A.S. și această acțiune a încetat. A rămas însă „obiceiul" de a trimite bolnavii la spitalul ce patrona gospodăria.

Datorită unor lipsuri de ordin organizatoric, ca timpul nepotrivit ales pentru deplasarea acestor brigăzi (în toiul muncilor agricole și nu în perioada de relativă acalmie), insuficienta conturare a obiectivelor de urmărit în cadrul acestei acțiuni și lipsa de legătură și colaborare cu rețeaua de bază locală, acțiunea atît de importantă pentru îmbunătățirea asistenței medicale de specialitate în colectivitățile muncitorești agricole și aplicarea metodei de dispensarizare, n-au dat rezultate practice la nivelul gospodăriei cercetate.

Din analiza a 20 de fișe completate de brigadă, au reieșit o serie de deficiențe:

Printre cei examinați de brigada complexă, formată din medicii specialiști, au lipsit fruntașii în muncă și se știe că acestora, datorită rolului lor în producție, le-ar fi fost necesar acest examen.

Fișa n-a fost completată corect. La capitolul „ocupație" era trecut,

în mod mecanic, „muncitor", fără a se specifica felul muncii și local de muncă. Rubrica „antecedente personale" și „antecedente heredo-colaterale" era completată cu simptomatologia subiectivă a bolnavului. În afara diagnosticului, și acesta necodificat, recomandațiile curativo-profilactice erau foarte sumare și neurmărite ulterior de medicul gospodăriei.

În felul acesta fișele nu au putut constitui un ajutor în muncă medicului G.A.S. ci doar un balast.

Asupra activității igienico-sanitare nu ne-am putut orienta decît sumar, din procesele verbale lăsate de sanepid *la nivelul circumscripției*, unde erau incluse și recomandările pentru gospodărie.

Rezultă că sanepidul raional a dat, în cursul anului 1954, 43 de recomandări de ordin general, din care conducerea gospodăriei a realizat 26. Recomandările sanepidului s-au referit asupra aprovizionării cu apă potabilă, a îndepărtării reziduurilor, a întreținerii dormitoarelor, a efectuării controlului periodic al personalului blocului alimentar, avizări de construcții, autorizații de funcționare, remedieri ale unităților din punctul de vedere al reparațiilor curente, dar conducerea gospodăriei a realizat doar recomandările de mică importanță, ce le-ar fi putut da și medicul circumscripției, ca : văruire, curățenie generală, halate la cantină, problemele de bază rămînînd nerezolvate.

Aceasta explică de ce, la data cercetării noastre, condițiile igienico-sanitare de muncă și de trai ale muncitorilor prezentau lipsuri. Locurile de muncă în cîmp nu erau cunoscute și studiate din punct de vedere igienico-sanitar, măsurile pentru prevenirea accidentelor de muncă și tratarea microtraumatismelor, cît și măsurile pentru prevenirea zoonozelor, nu erau aplicate în totalitatea lor.

Nu era organizat activul sanitar de masă, atît de indispensabil în cadrul muncilor agricole.

Alimentația muncitorilor prezenta și ea o serie de deficiențe, mai ales dacă ținem seama că cele 10 cantine ce existau la nivelul secțiilor, erau aprovizionate printr-un serviciu unic, situat la secția centrală, necercetat și nesupravegheat îndeajuns din punct de vedere igienic. Transportul și păstrarea alimentelor aveau o serie de deficiențe.

Insuficienta legătură a sanepidului cu această gospodărie explică și faptul că medicul gospodăriei, ca și medicii de circumscripție, nu aveau cunoștințe suficiente asupra naturii și frecvenței traumatismelor agricole, și asupra morbidității cu incapacitate temporară de muncă, pe principalele cauze de boală, precum și asupra măsurilor necesare asanării condițiilor de muncă și de trai necorespunzătoare și prevenirii zoonozelor și bolilor profesionale.

Planul de venituri și cheltuieli pentru asigurările sociale de stat pe anul 1954, propus la media de 1 200 muncitori, denotă și el o insuficientă cuprindere, de către organele sanitare, a problemelor legate de ocrotirea sănătății muncitorilor din această gospodărie agricolă de stat.

Pentru exemplificare, vezi tabelul de la pag. 15.

La capitolul „Măsuri de prevenirea îmbolnăvirilor", nu a fost prevăzută nici o sumă și deci nu s-a cheltuit nimic, în schimb, la capitolul „Ajutor de boală și accidente", ca o consecință logică a neglijării punctului de mai sus, suma a fost depășită cu 20%. De aci și costul transportării bolnavilor a fost depășit aproape de 30 de ori.

Pentru alimentația dietetică și ape minerale nu au fost rezervate sume, deși există bolnavi cu boală ulceroasă.

Nr. crt.	Obiectivul	Planificat %, 1954	Realizat %, 1953	Realizat %, 1954
1	Totalul zilelor, incapacitate temporară de muncă	100	94	91
2	Nr. zile sarcină și lăuzie	100	96	15
3	Nr. salariați pentru supraalimentație	100	50	200
4	Nr. proteze dentare	100	—	—
5	Nr. ochelari	100	40	—
6	Ajutor pentru caz de boală și accid.	100	—	120
7	Ajutor sarcină și lăuzie	100	—	45
8	Ajutor rufărie sugaci	100	—	105
9	Ajutor alăptare	100	—	90
10	Ajutor în caz de deces	100	—	374
11	Măsuri de prevenirea îmbolnăvirilor	0 lei	—	—
12	Alimentație dietetică	0 lei	—	—
13	Ape minerale	0 lei	—	—
14	Transportarea bolnavilor	100	—	2 905
15	Supraalimentația tuberculoșilor	100	—	62

La numărul salariaților pentru supraalimentație au o realizare de 200%, totuși suma alocată pentru supraalimentație a fost cheltuită în proporție de 62%, punînd deci la îndoială modul cum a fost înțeleasă noțiunea de supraalimentație.

O serie de obligații prevedea și contractul colectiv, dar nefiind urmărite au rămas neefectuate.

Cercetînd mai îndeaproape lucrurile, noi am constatat că nu se cunoșteau problemele de sanitație, de asemenea nu se cunoștea planul construcțiilor viitoare, fondurile pentru protecția muncii nu se cheltuiau în mod rațional și cu destinația prevăzută, iar utilizarea fondurilor pentru medicamente și aparatura medicală nu se făcea complet.

Faptul că asistența medico-sanitară a muncitorilor era acordată numai la solicitare și nu exista o evidență a tratamentelor, examenelor medicale la angajare și a consultațiilor, ne-a determinat să credem că toată activitatea se ducea la întîmplare și în mod pasiv, fără a putea sconta anumite rezultate.

Fărîmițarea asistenței medico-sanitare ne-a pus cu totul în altă lumină principiul deservirii teritoriale, la gospodăria agricolă de stat „A.I.", principiu care în baza concluziilor rezultate din cercetările anterioare părea că poate să rezolve în întregime problema asistenței medico-sanitare a muncitorilor agricoli din G.A.S.

★

Constatările de mai sus ridică necesitatea găsirii unor corective pentru anihilarea rezultatelor negative ale acestei excesive fărîmițări a deservirii medicale, fărîmițare care a dus la o lipsă de interes, de cunoaștere și răspundere față de problemele legate de starea sanitară a gospodăriei agricole de stat.

Din datele arătate mai sus a reieșit că pentru o bună deservire medicală este necesar de a avea o privire generală asupra complexului de probleme, ce ridică gospodăria de stat ca o unitate bine constituită și că nu putem renunța în faza actuală la un sistem mixt de deservire medicală, adică prin punctul medical propriu al G.A.S. și prin medicii circumscripțiilor pe teritoriul cărora se află întreaga gospodărie agricolă de stat.

În cazul acesta, medicilor de circumscripție le revine sarcina să acorde asistență în secțiile îndepărtate, pe linie curativo-profilactică, iar medicul propriu al G.A.S. să acorde această asistență în secțiile de pe o rază de 7—10 km de gospodărie, iar pe linia organizatorică și sanitaro-antiepidemică să cuprindă întreg teritoriul G.A.S.

Spre a stabili volumul muncii medico-sanitare ce revine organelor sanitare, ce deservesc G.A.S. și pentru a ne da seama de frecvența și importanța problemelor medico-sanitare ce revin spre rezolvare medicilor de circumscripție și medicului G.A.S., a fost elaborat un plan de lucru, din care principalele puncte sînt următoarele:

1. Să cercetăm activitatea medicului gospodăriei, spre a ne furniza anumite date pentru interpretare.

2. Să stabilim un anumit mod de evidență și raportare, *mijloc de seamă pentru aprecierea stării de sănătate a muncitorilor și a urmăririi conținutului și eficienței muncii medico-sanitare desfășurate în G.A.S.*, atît de circumscripțiile sanitare, cît și de punctul de sănătate propriu al gospodăriei. Acest lucru nu se oglindește pînă în prezent în nici un fel de date de înregistrare și statistică, la aceste unități.

Am recomandat ca evidența morbidității muncitorilor permanenți să se facă, atît la nivelul circumscripțiilor cît și la puncul de sănătate al G.A.S., pe fișele de consultații tip X San. 100 forma A 4 (V), iar pentru zilieri și ostași pe bază de registru (tip circumscripție).

Recomandăm introducerea unui tabel centralizator la nivelul G.A.S. Prin despuierea îmbolnăvirilor pe aparate și sisteme se poate observa dacă morbiditatea evoluează în raport cu felul muncilor, cu eforturile depuse, cu factorii meteorologici, știut fiind că în condițiile de muncă în aer liber, primăvara și toamna, muncitorii agricoli sînt supuși influenței nefavorabile a factorilor de mediu ca: umiditatea crescută, variații de temperatură, iradiații solare etc.

Pentru a face coordonarea muncii numeroaselor instituții care participă la ocrotirea sănătății muncitorilor din G.A.S. și pentru a ne da seama de frecvența, importanța și felul problemelor medico-sanitare ce stau în fața medicului de circumscripție și a medicului G.A.S., au fost concepute tabelele de înregistrare de la pag. 17, pentru a fi utilizate numai pe durata cercetării.

★

În același sens, pentru a face coordonarea muncii numeroaselor instituții care participă la ocrotirea sănătății muncitorilor din G.A.S., au fost precizate sarcinile ce revin medicilor de circumscripție și medicului G.A.S.

Sarcinile unui medic ce conduce un punct de sănătate într-o gospodărie agricolă de stat, pot fi concretizate pe trei laturi: a) organizatorice; b) sanitaro-antiepidemice și c) sarcini curativo-profilactice.

Munca medicului de circumscripţie desfăşurată la nivelul secţiei G.A.S.

Circ. ..... Secţia ..... Trup .....

Luna ..... Anul .....

Nr. crt.	Felul muncii		Zilele lunii 1	Zilele lunii 2.....31	
			Nr. Timp	Nr. Timp	Nr. Timp
1	Consultaţii date la Disp. circ. pentru . . .	*Angajare* *Ex. ped. per.* Bolnavi			
2	Activitatea la dispensar	*Tratamente* *Pansamente* Injecţii			
3	Consultaţii pentru dispensarizaţi	*Sănătoşi* Bolnavi			
4	Tratamente şi consultaţii la punctul secţiei G.A.S.	*Tratamente* Consultaţii			
5	Trimiteri de bolnavi la spitalul raional, regional şi întocmirea biletelor de trimitere:	Urgente Contagioşi Somatici Pentru examene de laborator			
6	Consultaţii la domiciliul muncitorului				
7	Educaţia sanit. la locul de muncă . . .	Convorbiri Lecţii Instructaj			
8	Munca cu activul sanitar de masă	Organizare Instructaj			
9	Vizite profilactice pasive (la chemări)				
10	Vizite profilactice	Locul de muncă In cîmp Cantine Dormitoare Sursele de apă potabilă			
11	Ridicări de probe	Apă Alimente Altele			
12	Anchete epidemiologice				
13	Muncă în focar (tuberculoză, boli epidemiologice)				
14	Vaccinările				
15	Activitatea organizatorică a) întocmirea planului de muncă; b) analiza morbidităţii; c) participarea la întocmirea contractului colectiv; d) participarea la şedinţe cu conducerea secţiei				
16	Ale munci nespecificate mai sus				

A. *Sarcinile de ordin curativo-profilactic*

1. Să acorde primul ajutor medical și asistență medicală curativo-profilactică muncitorilor din secțiile și trupurile G.A.S. ce se află pe o distanță de 7—10 km de sediul fermei centrale.

2. Să interneze la timp bolnavii, ce au nevoie de îngrijire în spitalele indicate.

3. Să acorde asistența medicală curativo-profilactică în mod periodic muncitorilor la punctele de sănătate conduse de surorile de „Cruce Roșie".

În zilele de deplasare pentru consultații la secțiile ce-i revin, cît și în zilele de deplasare pentru problemele ce revin medicului G.A.S. pe întreg teritoriul gospodăriei, în lipsa medicului, la punctul de sănătate al G.A.S. rămîne în mod obligatoriu un cadru mediu, pentru a asigura primul ajutor, a aplica tratamentele prescrise de medic și a da informațiile necesare bolnavilor.

Zilele și orele de consultații medicale la punctul de sănătate central și punctele conduse de surori de Cruce Roșie, trebuie să fie aduse la cunoștința muncitorilor prin organizația sindicală, conducerea gospodăriei și afișaj la posturile de prim ajutor, programul fiind adaptat orariului de muncă al muncitorilor, cu scopul de a se asigura accesibilitatea asistenței medicale la maximum.

4. În cadrul activității de ordin curativo-profilactic ține în evidență muncitorii bolnavi de tuberculoză, sifilis, gușă, pelagră etc., și supraveghează asigurarea pentru acești bolnavi a tratamentului medical corect și aplicat la timp, conform legislației sanitare a ocrotirii sănătății.

5. Studiază și urmărește dinamica morbidității pe întreaga colectivitate a G.A.S., cu și fără incapacitate temporară de muncă, precum și frecvența, natura și cauzele accidentelor de muncă și bolilor profesionale și zoonozelor declarate la muncitori.

B. *Sarcinile sanitaro-antiepidemice ale medicului G.A.S.*

1. Dezvoltarea continuă a G.A.S. ridică o serie de probleme legate de sistematizarea secțiilor și trupurilor și, pe această linie, medicului îi revin sarcinile de a organiza și aplica un control sanitar curent și preventiv și a acorda consultul necesar administrației G.A.S. în ce privește planificarea fermelor, amplasarea construcțiilor noi, ateliere, creșe, precum și rezolvarea problemelor de sanitație, ca alimentația cu apă, îndepărtarea reziduurilor etc. Dezvoltarea sectorului zootehnic impune construcția de noi ferme, dotarea și justa lor amplasare din punct de vedere igienic și luarea unei serii de măsuri necesare pentru respectarea condițiilor de salubritate, prevenire și combatere a zoonozelor. Industrializarea produselor agricole la nivelul gospodăriei reclamă luarea unor măsuri de igienă industrială.

2. Pentru munca sanitaro-antiepidemică, medicul G.A.S. planifică două zile pe săptămînă, denumite zile profilactice, în care trebuie să introducă în viață pe întreg teritoriul G.A.S. măsurile sanitaro-antiepidemice, pe care medicul le realizează cu sprijinul conducerii gospodăriei. Conducerea va asigura bazele materiale necesare și va lua anumite măsuri de ordin administrativ, în baza planului sanitar elaborat de sanepidul raional respectiv. La această acțiune participă activ toți medicii de circumscripție

cointeresați și ei în asigurarea bunei stări sanitare a secțiilor ce se află pe teritoriul circumscripțiilor.

3. Activitatea sanitaro-antiepidemică a punctului se desfășoară în baza planului complex, elaborat de sanepidul raional, după un studiu prealabil al condițiilor sanitare de la nivelul fiecărei secții, în vederea realizării celor prevăzute în decizia nr. 142 din 1951, publicată în Buletinul Ministerului Sănătății nr. 8/1951.

C. *Sarcinile organizatorice ale medicului G.A.S.*

1. Să cunoască și să studieze morbiditatea din G.A.S., după cauze, cu sprijinul sanepidului, să cerceteze și să cunoască condițiile igienico-sanitare de muncă și de trai, precum și eventualele noxe profesionale. Să urmărească aplicarea măsurilor sanitaro-antiepidemice și să studieze dinamică stării sanitare și de sănătate.

2. Să organizeze asistența medicală de urgență pe întreg teritoriul gospodăriei prin:

a) alcătuirea activului sanitar de masă;

b) fixarea posturilor de prim ajutor;

c) organizarea mijloacelor de transport pentru accidentați, cazuri acute, și aducerea medicilor de circumscripție în secțiile gospodăriei;

d) asigurarea aprovizionării cu medicamente;

e) dotarea cu truse medicale a posturilor de prim ajutor.

3. Să organizeze și să asigure pe întreg teritoriul gospodăriei examenul medical preventiv (la angajare) și periodic, cît și aplicarea metodei dispensarizării, antrenînd pentru acest scop medicii din circumscripțiile respective și utilizînd rațional sprijinul brigăzilor complexe de medici specialiști ce patronează G.A.S., sau pe medicii spitalului raional.

4. Să organizeze și să asigure asistența medicală în timpul muncilor agricole intensive, colaborînd cu medicii de circumscripție, cerînd la timp, în caz de nevoie, sprijinul spitalului raional.

5. Să asigure cadre cît mai bine pregătite la locurile de muncă.

6. Să participe în colectivul de conducere al G.A.S.

7. Să participe, împreună cu responsabilul pentru protecția muncii din G.A.S., la elaborarea și aplicarea măsurilor pentru prevenirea accidentelor de muncă și îmbolnăvirilor profesionale.

8. Să facă analiza periodică a morbidității ce duce la pierderea temporară a capacității de muncă, împreună cu comitetul de întreprindere.

9. Să participe în colectivul de alcătuire a sarcinilor Asigurărilor sociale și a Contractului colectiv.

10. Să organizeze trierea muncitorilor agricoli ce au nevoie de cură balneo-climatică și să intervină pentru obținerea locurilor. Să asigure ocrotirea femeii muncitoare, a copiilor și adolescenților.

11. Să execute deplasarea, periodic și sistematic, la secțiile, trupurile și locurile de muncă în cîmp, pentru a cunoaște în amănunțime activitatea și viața muncitorilor, la locul de muncă, și să supravegheze respectarea măsurilor igienico-sanitare indicate.

12. Să colaboreze cu medicii de circumscripție ce acordă asistență muncitorilor, în secțiile îndepărtate, prin mobilizarea lor în legătură cu problemele sanitare ivite; de asemenea să îndrumeze surorile ce conduc

punctele de sănătate, și în general conducerea gospodăriei, care contribuie la asigurarea bunei stări sanitare a muncitorilor.

13. Să organizeze acțiunea de educație sanitară și pregătirea activului sanitar de masă.

14. Să țină evidența și să întocmească raportul de activitate pe problemele ce țin exclusiv de starea sanitară și de sănătatea gospodăriei agricole de stat.

In ce privește sarcinile și organizarea punctelor sanitare și a posturilor de prim ajutor, rămîn, fără nici o modificare, cele indicate în instrucțiunile Ministerului Sănătății.

Trebuie create însă condiții pentru aplicarea lor în practică, prin organizarea și amplasarea mai bună a acestor puncte sanitare.

In ceea ce privește atribuțiile și sarcinile medicului de circumscripție, la nivelul secției agricole, acestea sînt și ele cunoscute și pot fi rezumate în acordarea asistenței medicale ambulatorii și la locul de muncă, asistență de urgență, internări în staționar și aplicarea măsurilor sanitaro-antiepidemice la nivelul secției.

El trebuie să seziseze, în cadrul colaborării, pe medicul G.A.S. în problemele a căror rezolvare cere participarea celor două cadre sau a conducerii G.A.S.

Plecînd de la ideea că problema deservirii cu asistență medicală a muncitorilor din G.A.S. nu poate fi ruptă din complexul problemelor medico-sanitare ale circumscripției sanitare rurale respective, înregistrarea și evidența factorilor și fenomenelor medico-sanitare, ce influențează sau pot influența sănătatea populației din circumscripțiile respective trebuie să facă parte integrantă din evidența problemelor de sănătate ale circumscripției respective.

In evidența punctului sanitar al G.A.S. (evidență redusă la minimum) nu vor figura decît datele strict necesare, în fișe și centralizator, pentru urmărirea dinamicii stării sanitare și de sănătate a colectivităților muncitorești de pe tot teritoriul G.A.S. și a factorilor ce o influențează.

In ceea ce privește activitatea brigăzilor complexe de medici specialiști, ea trebuie planificată pentru perioadele de acalmie relativă și după un anumit procedeu.

1. Trebuie să se stabilească în prealabil de către medicul G.A.S., în colaborare cu medicii de circumscripție, principalele afecțiuni înregistrate în colectivitățile agricole, precum și eventualele noxe profesionale.

2. Stabilind numărul de muncitori, mecanizatori, fruntași, tehnicieni ce trebuie examinați, medicul G.A.S. pregătește și completează cu toate datele necesare (anamneză, condiții de muncă și de trai) fișele individuale de consultație ale acestora.

Fișele se grupează în trei grupe:

a) fișele celor sănătoși;

b) fișele bolnavilor cronici cunoscuți;

c) fișele celor ce se îmbolnăvesc des.

3. Medicul G.A.S. se interesează de asigurarea mijloacelor de transport de către gospodărie și întocmește graficul de deplasare a echipei de specialiști pentru examenul complex.

4. Fixează itinerariul pentru deplasarea brigăzilor de medici, compuse din stomatolog, internist, oto-rino-laringolog, chirurg, oftalmolog, ginecolog și igienist.

5. Rezultatul examenului medical complex se înscrie în fișa individuală de consultație, o dată cu planul terapeutic indicat de medicul specialist și cu recomandările în ceea ce privește asanarea mediului în general sau la locul de muncă.

6. În baza acestui plan, medicul G.A.S. și medicul circumscripției respective aplică supravegherea de dispensar, asigurînd bunăstarea sănătății muncitorilor și funcționarilor din gospodărie.

Aplicînd concomitent întreg complexul de măsuri sanitaro-antiepidemice și curative, se asigură în felul acesta condițiile necesare, pentru ca o dată cu începutul campaniei agricole să existe puține riscuri de îmbolnăvire, mai cu seamă a cadrelor-cheie, în munciile agricole.

Primele concluzii la care am ajuns în această cercetare sînt:

1. Necesitatea păstrării punctului de sănătate cu medic la asemenea gospodării de stat ce ridică probleme serioase de ordin medico-sanitar și care au perspective de dezvoltare.

2. Încadrarea numai cu ½ normă la o G.A.S. mare și dispersată face ca medicul să nu se ocupe temeinic de problemele medico-sanitare ale gospodăriei.

3. Este necesară asigurarea mijloacelor de transport, atît medicului G.A.S. cît și medicilor de circumscripție; pentru a-și duce activitatea în bune condiții.

4. Ținînd seama de dispersarea locurilor de muncă, este necesară întărirea circumscripțiilor și a punctelor de sănătate dependente de circumscripții, cu cadre medicale în raport cu populația deservită plus muncitori agricoli.

5. Îndrumarea și controlul din partea organelor de conducere, la acest nivel, trebuie să fie mai riguroase.

6. Răspunsurile la celelalte probleme inițiale nu pot fi date încă, cercetarea fiind în curs de efectuare.

Remarcăm că planul de lucru pe anul 1955 este dat de un singur raion, prea general, contrar părerii noastre, ca acest plan să fie alcătuit de secția sanitară regională, pe probleme de salubrîtate, activitate curativo-profilactică etc., în mod detaliat.

Sistemul de repartizare a activității este defectuos, făcîndu-se numai de către secția sanitară a raionului pe teritoriul căruia se află secția centrală a gospodăriei.

7. Colectivul de conducere al G.A.S. nu a cooptat încă pe medicul gospodăriei în acest colectiv, lucru absolut necesar.

★

Materialul preliminar prezentat în cadrul acestui articol îl considerăm ca un punct de plecare pentru discuții și observații, pe marginea acestei probleme importante de organizare a ocrotirii sănătății muncitorilor agricoli din mediul rural, ale celor ce prin munca lor practică ar putea găsi rezolvarea și în alt mod.

Rezumat

Gospodăriile agricole de stat, întreprinderi în plină dezvoltare, cu rol însemnat din punct de vedere economic, social și cultural, au o serie de particularități ca: dispersare pe suprafețe mari, componență neomogenă

(adulți, adolescenți, femei, bărbați), fluctuație mare de cadre, dezvoltare crescîndă a sectorului zootehnic, mecanizarea agriculturii etc., prezentînd astfel un interes deosebit și din punct de vedere al organizării ocrotirii sănătății muncitorilor în aceste colectivități.

Cercetările anterioare au stabilit în gospodăriile agricole de stat o lipsă de corelație între structura organizatorico-administrativă și sistemul de deservire medico-sanitară, o normare cu cadre medicale numai după criteriul numărului mediu de salariați, o lipsă a evidenței și mai cu seamă o imposibilitate de adaptare a activității medico-sanitare în raport cu creșterea volumului muncii în plin sezon. S-a ajuns la concluzia acordării asistenței medicale de către medicii de circumscripție, pe teritoriul cărora se află secțiile respective.

Cercetările de acum au dus la constatarea unor deficiențe mai mari, punînd într-o lumină nefavorabilă principiul deservirii teritoriale.

Concluzia este că în faza actuală nu putem renunța la un sistem mixt de deservire medicală, adică și prin medicii de circumscripție care au secții ale gospodăriilor de stat pe teritoriul lor, dar și prin punctul medical al G.A.S. încadrat cu un medic care să coordoneze întreaga activitate și să dea rezultate pozitive, avînd o privire generală asupra întregului complex de probleme ce ridică o gospodărie de stat, care deși dispersată, este totuși o unitate bine constituită.

Cercetătorii expun planul unei experimentări la o G.A.S. pentru rezolvarea tuturor problemelor de asistență medico-sanitară și arată sarcinile și relațiile ce trebuie să existe între medicul G.A.S. și medicii de circumscripție, spre a da rezultatele cele mai bune în ocrotirea sănătății oamenilor muncii din aceste formații agricole.

Intrat în redacție în august 1955

Despre metodologia cercetării morbidității cu incapacitate temporară de muncă în gospodăriile agricole de stat

Adriana Dumitrescu

(Lucrare efectuată în cadrul Institutului de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinii)

În cadrul preocupărilor pentru dezvoltarea agriculturii în țara noastră, grija pentru continua sporire a producției și productivității muncii în sectorul socialist al agriculturii ridică pe primul plan pentru Ministerul Sănătății sarcina ocrotirii sănătății muncitorilor din acest sector.

Contribuția cadrelor sanitare în lupta pentru creșterea productivității muncii se traduce în fapt prin acțiunea dusă pentru scăderea numărului de îmbolnăviri și a numărului de zile-muncă pierdute din cauză de boală.

Dacă, în întreprinderile din mediul urban, această acțiune se duce în mod sistematic, pe baza studiului morbidității, în sectorul socialist al agriculturii din țara noastră lipsește pînă în prezent cunoașterea organizată a morbidității muncitorilor. Pentru morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, raportarea este obligatorie în prezent numai din partea acelor G.A.S. care posedă punct de sănătate medical, pe modelul de raport San. 13 tip S.M.S.

Morbiditatea generală nu este urmărită în sectorul socialist al agri-

culturii, iar problema morbidității cu incapacitate temporară de muncă în gospodăriile agricole de stat nu constituie o preocupare de seamă în activitatea Secțiilor sanitare raionale, ea nefiind inclusă în raportul de activitate semestrială al raionului. Ca atare, îndrumarea și controlul privind analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă în sectorul socialist agricol sînt reduse; medicii de G.A.S. omit uneori completarea regulată a rapoartelor de activitate, iar analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă este cu atît mai puțin folosită ca instrument de lucru în cunoașterea stării de sănătate a muncitorilor din agricultura socialistă și ca bază științifică pentru acțiunea de îmbunătățire a ei.

Pe linie de organizare sanitară, G.A.S.-urile dispun, fie de puncte de sănătate cu medic, fie de puncte de sănătate fără medic, posibilitățile lor de a face față problemelor ridicate de deservirea cu asistență medicală a muncitorilor fiind astfel diferite, nu numai sub aspect organizatoric, dar și de evidență și raportare statistică.

Gospodăriile agricole de stat se prezintă în majoritatea cazurilor cu secții numeroase și dispersate pe teritorii întinse.

In aceste condiții, asistența medico-sanitară este acordată, nu numai de punctul de sănătate medical propriu (acolo unde acesta există), dar, concomitent, și de circumscripțiile sanitare pe teritoriul cărora se află secțiile de G.A.S. sau pe teritoriul cărora domiciliază muncitorii respectivi, ca și de policlinicile și spitalele orășenești mai apropiate.

In asemenea împrejurări, studierea morbidității generale nu este cu putință pe întreaga gospodărie, secțiile fiind atît de variat deservite și, în general, sistemul de evidență pe registre de consultații la circumscripțiile teritoriale făcînd dificil de separat consultațiile acordate muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii de consultațiile acordate restului populației.

In condițiile actuale organizatorice ale gostat-urilor, studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă se arată mai accesibil cadrelor medicale, întrucît el se bazează pe un material de evidență complet, constituit din certificate de concediu medical, care reprezintă documentarea medicală de evidență primară, cu date amănunțite și mult mai exacte decît cele înregistrate în registrul de consultații. Totodată, această metodă scoate în evidență morbiditatea prin îmbolnăviri mai grave, legate de complexul de factori de muncă și de mediu, care au determinat incapacitatea temporară de muncă.

Prelucrarea datelor și analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă se face, conform instrucțiunilor C.C.S. și Ministerului Sănătății, pe baza certificatelor medicale. Aceste certificate medicale, formă de evidență primară în analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă, sînt eliberate în cadrul *G.A.S. cu punct de sănătate medical:* de medicul punctului pentru secțiile accesibile lui, adică aflate în apropiere de sediul dispensarului de întreprindere; de medicii circumscripțiilor rurale teritoriale pentru secțiile mai îndepărtate; de alte unități medicale de specialitate.

In cadrul *G.A.S. cu punct de sănătate fără medic,* certificatele medicale sînt eliberate de către medicii circumscripțiilor teritoriale și de către alte unități medicale de specialitate la care sînt trimiși sau se adresează muncitorii.

Cuprinderea integrală a cazurilor de incapacitate, prin cunoașterea

tuturor certificatelor eliberate de către toate unitățile medicale care acordă asistență muncitorilor din G.A.S. nu este posibilă decît la nivelul sediului central al administrației gospodăriei agricole de stat, pe baza însumării tuturor certificatelor medicale. Ca atare, putem considera că această metodă nu stătea la îndemînă decît medicului de G.A.S. — acolo unde el exista — adică în acele gospodării care dispun de punct de sănătate medical, ea practic nefiind folosită decît rareori în gospodăriile noastre agricole de stat.

★

Corespunzător sistemului preconizat de Institutul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinii cu privire la deservirea teritorială a gospodăriilor agricole de stat, la începutul anului 1954 am elaborat un sistem pentru evidența, analiza și raportarea morbidității cu incapacitate temporară de muncă în G.A.S. Acest sistem a fost experimentat în trei baze de cercetare (G.A.S.-Periș și G.A.S.-Joița, cu puncte de sănătate medicale și G.A.S. Bărbulești cu punct de sănătate nemedical) și el stabilea:

— *Realizarea unei evidențe primare centralizate a cazurilor de concediu medical,* prin introducerea unei fișe statistice speciale care, cuprinzînd toate datele care figurează în certificatul medical, rămîne în posesia medicului punctului de sănătate al G.A.S. (acolo unde acesta există) sau la medicul circumscripției sanitare teritoriale care deservește sediul central al gospodăriei.

Fișa statistică specială :

Luna _____

Circ. Sanitară _____ Nr. registru _____

Numele _____ Sex _____

Pronumele _____ Vîrstă _____

Comuna _____ Raion _____

G.A.S. _____ Secția _____

Ocupația _____ Angajat ca _____

Vechimea în cîmpul muncii _____

Data începerii incapacității _____

Diagnostic inițial _____

Codul _____

Certif. Nr.	Eliberat de	Nr. zile

Diagnostic definitiv _____

Codul _____

Data încetării incapacității _____

Total zile muncă pierdute	Acordate de medicul circ.

Această fișă statistică specială este completată fie o dată cu eliberarea certificatului medical, fie atunci cînd eliberarea acestuia se face de către alt medic decît cei amintiți mai sus și responsabili pentru gospodăria respectivă — odată cu vizarea certificatului prezentat la plată. În acest scop a fost stabilit cu administrația G.A.S.-urilor din bazele noastre de cercetare, ca certificatele medicale să fie primite la plată, direct, atunci cînd sînt eliberate de medicul punctului de sănătate medical al G.A.S.-ului (la G.A.S. Joița și G.A.S. Periș) sau de medicul circumscripției sanitare teritoriale, care deservește secția centrală a gospodăriei cu punct de sănătate fără medic (medicul circumscripției Armășești pentru G.A.S. Bărbulești) ; atunci cînd sînt eliberate de alte unități medicale (spitale rurale și orășenești, circumscripții sanitare rurale și urbane, comisii consulta-

tive, rețele de specialitate etc.) să fie primite la plată numai după ce au fost vizate de medicul responsabil pentru gospodăria respectivă și care am precizat că poate fi, sau medicul punctului de sănătate medical al G.A.S., sau medicul circumscripției sanitare teritoriale care deservește secția centrală a gospodăriei.

— *Cuprinderea în această evidență și a cazurilor de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă la muncitorii sezonieri,* care deși tot salariați ai G.A.S., supuși acelorași condiții de muncă și factori de mediu, scapă de sub controlul unităților medicale din punct de vedere al morbidității cu incapacitate temporară de muncă, reducînd astfel în mod oarecum artificial numărul de cazuri de incapacitate de muncă și îngreunînd aprecierea structurii reale a morbidității în sectorul socialist al agriculturii din țara noastră, în care numărul muncitorilor sezonieri este foarte ridicat.

Acest lucru a putut fi realizat în bazele noastre de cercetare unde, pe linie administrativă, gospodăria a solicitat de la muncitorii sezonieri care absentau din cauză de boală o scutire medicală eliberată de medicul de circumscripție teritorială sau de punctul de sănătate. La eliberarea unei asemenea scutiri medicale pentru muncitorii sezonieri fără drept de ajutor de boală se completează și fișa statistică specială, realizîndu-se astfel o evidență primară completă a cazurilor de incapacitate din cauză de boală.

În consecință, sistemul, elaborat de noi inițial, preconiza ca analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă să fie făcută, nu numai conform instrucțiunilor C.C.S. (care prevăd cuprinderea cazurilor de incapacitate temporară de muncă cu certificat pentru ajutor de boală), ci, paralel, și într-o formă lărgită, adică înglobînd datele de morbiditate rezultînd din întreaga evidență primară (bazată pe fișele statistice speciale, întocmite și pentru scutiri medicale acordate muncitorilor fără drept la ajutor de boală din fondul de asigurări sociale).

— *Efectuarea analizei morbidității cu incapacitate temporară de muncă unitar pe întreaga gospodărie, de medicul punctului de sănătate al G.A.S. sau de medicul circumscripției sanitare teritoriale care deservește secția centrală a G.A.S.,* care singuri pot cuprinde, prin vizarea certificatelor medicale prezentate la plată, întreaga morbiditate cu incapacitate temporară de muncă și pot ține legătura permanent cu conducerea administrativă, sindicală și de partid a G.A.S.

— *Raportarea centralizată lunară, pe tipul de raport C.C.S. și pe tipul de raport S.M.S., folosite în întreprinderile din mediul urban,* care prin însumarea datelor raportate de toate gospodăriile agricole de stat să facă posibilă orientarea asupra stării de sănătate a muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii, în vederea reducerii numărului de îmbolnăviri și duratei de incapacitate temporară de muncă și în această ramură de producție.

★

Analizînd morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă pe un an la G.A.S., Periș, Joița și Bărbulești, reiese cu extremă claritate faptul că această morbiditate se referă, cu puține excepții, la muncitorii permanenți, care reprezintă cadrele de bază, de tehnicieni absolut necesari producției, mai ales în lunile de vîrf de muncă, în care ei conduc și susțin pe muncitorii sezonieri și zilieri.

Dacă analiza acestor date pe fiecare gospodărie în parte este totuși puțin semnificativă, nu același lucru se poate spune despre analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă care ar putea fi făcută pe totalitatea cazurilor prezentate de salariații angajați permanent în sectorul socialist al agriculturii, această morbiditate constituind în etapa actuală singura posibilitate de a ne orienta asupra stării de sănătate a muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii, pentru a lua măsuri corespunzătoare în vederea reducerii zilelor de incapacitate de muncă din cauză de boală.

Totodată, pe baza întregului material documentar privind morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă în această ramură de producție, s-ar putea trage concluzii cu adevărat valabile privind necesitatea dispensarizării, a unora din formele ce trebuie să îmbrace dispensarizarea și a unora din cauzele cărora trebuie să se adreseze.

Pentru a realiza cunoașterea acestor cîteva elemente simple, necesare pentru a da unele indicații metodologico-organizatorice pentru această etapă de trecere de la gospodăriile agricole de stat de tip dispersat la gostat-uri comasate și metodele de folosit în analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă vor trebui să fie cît mai simple și la îndemîna cadrelor existente pe teren.

Astfel, considerăm necesară renunțarea la fișa statistică specială, care trebuia să îndeplinească rolul de instrument de evidență primară, mereu la dispoziția medicului, pentru o cunoaștere operativă a situației zilnice și menită totodată să servească ca element de bază la întocmirea raportului și efectuarea analizei curente a morbidității.

Fișa neputînd fi completată riguros pentru toate cazurile de incapacitate, iar numărul propriu-zis al cazurilor de înregistrat fiind foarte redus, considerăm drept suficientă pentru etapa actuală evidența pe bază de certificat medical, care permite, dacă nu o cunoaștere operativă și dinamică a fenomenului în desfășurarea sa, cel puțin cunoașterea structurii morbidității cu incapacitate temporară de muncă la intervale regulate, cunoaștere care să orienteze medicul în întocmirea și urmărirea îndeplinirii planului unic complex de îmbunătățire a condițiilor de muncă și trai ale muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii.

Considerăm de asemenea necesară renunțarea la propunerea inițială de a cuprinde în analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă și cazurile de incapacitate la muncitorii sezonieri fără certificat. Aceasta, întrucît s-a dovedit greu de realizat, atît cuprinderea integrală a acestor cazuri și centralizarea lor în mîna unui singur medic, cît și stabilirea numărului mediu scriptic de salariați sezonieri, bază de calcul necesară.

Propunem chiar excluderea din analiză a acelor certificate medicale eliberate pentru muncitorii sezonieri cu drept la ajutor de boală, pentru a păstra ca bază fixă de calcul pentru indicii de morbiditate numărul mediu scriptic de salariați permanenți.

O concluzie importantă a cercetării noastre a fost confirmarea propunerii noastre, ca analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă să fie făcută pe întreaga gospodărie de către medicul punctului de sănătate medical al G.A.S., acolo unde acesta există, sau de către medicul circumscripției sanitare teritoriale care deservește secția centrală a gospodăriei. Numai aceștia pot folosi totalitatea certificatelor medicale (singura evidență primară completă a cazurilor de incapacitate temporară de muncă.

G. A. S. .....
Comuna .....
Unitatea medicală .....
Raionul .....
Regiunea .....

Anexa nr. 1

DARE DE SEAMĂ PE SEMESTRUL .....

a) Punctul de sănătate de G.A.S. cu medic .....

b) Circ. medicală teritorială a sediului central al G.A.S. .....

Capitolul I — Descrierea G.A.S.

Nr. crt.	Numele secţiilor (comuna)	Distanţa în km faţă de Sec. centrală	Nr. mediu scriptic salar.			Unitatea medicală proprie	Circ. medicală teritorială	Observaţii (specificul de muncă)
			Perman.	Sezonieri	Zilieri			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Capitolul II — Activitatea punctului de sănătate medical al G.A.S.*

Consultaţii şi tratamente acordate la punctul de sănătate medical G.A.S.

TOTAL consultaţii şi tratam.	Nr. mediu scriptic al sal. perman. din secţiile deservite		Nr. consultaţii şi trat.	Nr. mediu scriptic sal.	Nr. norme medici ocupate		Nr. consult.	Consultaţii	Nr. norme ocupate medici X zile lucrătoare
1	2		3		4		5		

Vaccinări

T. A. B.	.....
1	2

Educaţie sanitară

Nr. conf.	Nr. cursuri sanitare de masă	.....
1	2	3

* Acolo unde aceasta există.

Capitolul III — Rezultatele obtinute în aplicarea planului unic complex

Măsuri planificate în semestrul.....	Din care s-au realizat	Cauzele nerealizării

Cap. IV — Morbiditate

Cazuri noi de îmbolnăvire şi incapacitate temporară de muncă pe totalul secţiilor

Cod	Cauzele de îmbolnăvire	Cazuri noi de incap. temporară de muncă	Total zile concediu de boală	Cazuri noi de îmbolnăvire *
1	Tuberculoză pulmonară			
2	Sifilis			
3	Gripă			
4	Angină (amigdalită)			
5	Boli infecţioase şi parazitare			
6	Boli, intoxicaţii şi infecţii profesionale			
7	Reumatism (poliart. acut, cronic, incl. afecţ. reum. ale inimii)			
8	Boli ale aparatului cardio-vascular			
9	Boli acute ale căilor respiratorii superioare			
10	Pneumonii şi bronhopneumonii			
11	Boli de dinţi şi ale cavităţii bucale			
12	Maladia ulceroasă			
13	Bolile ficatului şi ale căilor biliare			
14	Afecţiuni acute gastro-intestinale (gastrită acută, gastro-enterită, colită, etc.)			
15	Afecţiuni ale org. genitale la femei (boli ale uterului şi anexelor, hemoragii uterine)			
16	Furuncule, carbuncule, abcese, flegm., panariţii			
17	Nevralgii, nevrite, radiculite			
18	Accid. în leg. cu prod. cu pierd. temp. a cap. de muncă a) dela 1-3 zile lucrătoare incl. b) peste 3 zile lucr.			
19	Accidente în afara cîmpului muncii			
20	Alte boli			

* După registrul de consultaţii al punctului de sănătate medical al G. A. S. acolo unde acesta există.

Indicii morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe totalul secţiilor

Nr. mediu scriptic al salariaţilor permanenţi pe totalul secţiilor G.A.S.	Frecvenţa	Gravitatea	Durata
.....	Nr. cazuri de incapacit. temporară × 100 = Nr. mediu scriptic al salar.	Total zile concediu de boală × 100 = Nr. mediu scriptic al salar.	Total zile concediu de boală = Cazuri noi de incapacit. temp. de muncă

Medic .....

Unitatea medicală .....

Data completării .....

în condițiile actuale ale înregistrării activității de consultații pe registru și a renunțării la fișa statistică specială).

In ceea ce privește raportarea, considerăm că morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă trebuie raportată pentru toate gospodăriile agricole de stat, cu punct de sănătate medical sau fără medic. Ea va fi raportată centralizată pe întreaga gospodărie, în situații semestriale (după sistemul preconizat și la circumscripția sanitară rurală), folosind ca unitate statistică de bază cazul cu certificat inițial, în cadrul unui nou tip de raport, corespunzător sistemului de deservire medico-sanitară preconizat de Institutul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinii pentru gospodăriile agricole de stat.

Acest raport urmează a fi completat de medicul punctului de sănătate medical al G.A.S. sau de medicul circumscripției sanitare teritoriale, care deservește secția centrală a gospodăriei.

Pe baza experienței dobîndite în decursul cercetării noastre considerăm necesar ca un asemenea raport să fie întocmit anume pentru întreprinderile agricole socialiste din mediul rural. Redus la elementele cele mai simple, el trebuie totuși să cuprindă aspectele caracterizînd specificul fiecărei gospodării agricole de stat, aspecte necesare unei juste interpretări a morbidității.

Proiectul de raport întocmit de noi la sfîrșitul anului 1954 (vezi anexa nr. 1) cuprinde, în afară de morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă, și cîteva date caracterizînd G.A.S.-ul, elemente privind consultațiile și tratamentele acordate la punctul de sănătate medical — acolo unde acesta există — și activitatea medicală de îmbunătățire a condițiilor de muncă și a factorilor de mediu.

Acest raport nu va putea cuprinde, în actuala etapă, aspectele morbidității generale la muncitorii din G.A.S. din cauza variatei lor deserviri, cazurile de îmbolnăvire fără incapacitate de muncă ale muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii fiind însumate la morbiditatea generală a circumscripțiilor care deservesc secțiile. De aceea, considerăm necesar, ca acolo unde acest raport este întocmit de medicul de circumscripție teritorială a sediului central al gospodăriei, el să fie înaintat în anexă la raportul circumscripției.

Morbiditatea generală, așa cum apare însă din registrul de consultații al punctului de sănătate medical al G.A.S., va trebui raportată, pe același cod de 20 de cauze, pe sistemul folosit în S.M.S., pentru a nu fi omisă la însumarea pe țară a morbidității generale a populației.

Intrat în redacție în mai 1955.

★

О методике изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности в государственных сельских хозяйствах

Исходя из опыта изученпя в 1954 г, заболеваемости с временной потерей трудоспособности в государственных сельских хозяйствах различного типа, авторы предлагают проводить изучение заболеваемости с временной потерей трудоспособности в государственных сельских хозяйствах только для постоянных работников на основании больничиых листков с выдачей зарплаты, пользуясь в качестве статистической единицы первоначально выданным больничным листком.

Анализ заболеваемости всех работников хозяйства должен проводиться по единому методу врачом предприятия, если таковой имеется, или же врачом медицинского участка. обслуживающим соответствуюшее государственное сельское хозяйство, так как тодько эти лица путем визирования больничных листков для

выдачи зарплаты имеют возможность охватить всю заболеваемость с временной потерей трудоспособности.

Для ориентации санитарных органов относительно состояния здоровья работников социалистического сектора сельского хозяйства, отчетность о заболеваемости с временной потерей трудоспособности для всех государственных сельских хозяйств, имеющих или не имеющих врачебные пункты, должна составляться и сообщаться по полугодиям, а затем соответствующие материалы должны включаться в отчетность района, области, страны.

Для облегчения толкования различных данных в связи с заболеваемостью, авторы предлагают ввести для государственных сельских хозяйств специальный полугодовой формуляр для отчетности, куда включаются, — кроме, данных о заболеваемости с временной потерей трудоспособности, — данные характеризующие каждое государственное сельское хозяйство, а также и данные о медико-санитарной работе по улучшению условий труда и оздоровлению факторов среды.

★

Concernant la méthodologie de l'étude de la morbidité avec incapacité temporaire de travail dans les fermes agricoles d'état

En se basant sur l'étude de la morbidité, entrainant une incapacité de travail, dans trois fermes agricoles d'état de types différents, au cours de l'année 1954, l'auteur se propose de poursuivre l'analyse de la morbidité accompagnée d'incapacité temporaire de travail dans toutes les G.A.S. (fermes agricoles d'état) en se limitant aux ouvriers permanents, en se basant sur les certificats médicaux acquittés et en utilisant comme unité statistique les cas pourvus d'un certificat initial.

L'analyse de la morbidité doit être effectuée d'une manière unitaire pour la ferme, dans sa totalité, par le médecin respectif de la G.A.S. — là où fonctionne un centre médical appartenant au G.A.C. ou bien par le médecin de circonscription sanitaire territoriale, travaillant dans la commune rurale où se trouve aussi le siège central de la G.A.S., qui sont les seuls en mesure d'évaluer avec exactitude par le visa des certificats médicaux presentés pour l'acquittement de l'indemnité, la morbidité avec incapacité temporaire de travail.

Il est nécessaire pour l'orientation des organes sanitaires, concernant l'état de santé des travailleurs du secteur socialiste de l'agriculture, qu'on communique chaque semestre la morbidité avec incapacité temporaire de travail dans toutes les fermes agricoles d'état, possédant ou non un centre médical ; la morbidité devra être totalisée par arrondissements, régions, et pour le pays dans sa totalité.

Afin de faciliter l'interprétation des données de la morbidité, l'auteur propose un formulaire semestriel de rapport d'activité, rédigé pour la G.A.S., dans lequel seront indiqués — conjointement avec la morbidité avec incapacité temporaire de travail — des éléments caractérisant la G.A.S. et des données concernant l'activité médico-sanitaire d'amélioration des conditions de travail et des facteurs de milieu.

Din experienţa organizării circumscripţiei medicale de secţie la serviciul medico-sanitar „23 August"

Dr. Al. Pescaru
Medic director al S.M.S.-ului „23 August"

In anii regimului democrat-popular, în ţara noastră s-a dezvoltat o importantă reţea de unităţi medico-sanitare pe lîngă întreprinderile industriale şi în centrele muncitoreşti. Organizarea asistenţei medicale la locul de muncă, întreprinsă paralel cu aplicarea măsurilor de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi de viaţă, sînt expresia grijii Guvernului şi Partidului

pentru ocrotirea sănătății muncitorilor și reprezintă una din trăsăturile caracteristice ale dezvoltării sănătății publice în perioada după eliberarea țării. Călăuzită de principiile de bază ale sistemului sovietic de ocrotire a sănătății și de experiența sovietică în acest domeniu, ocrotirea sănătății din țara noastră a obținut o serie de succese importante în asigurarea unei asistențe medicale gratuite, accesibile și calificate.

Faptul că ocrotirea sănătății a căpătat caracter de stat, iar asigurările sociale au trecut în mîna sindicatelor, au determinat o îmbunătățire substanțială a mijloacelor materiale în activitatea de scădere a morbidității și zilelor de incapacitate temporară de muncă. În felul acesta, diferitele departamente, instituțiile și întreprinderile productive, organizațiile sindicale etc., au fost aduse pentru participarea la ocrotirea sănătății celei mai importante forțe de producție: muncitorii.

Astfel a devenit posibilă aplicarea cu succes a măsurilor profilactice.

Unitatea sanitară care cuprinde toate aspectele noi legate de asistența medico-sanitară la locul de muncă este serviciul medico-sanitar, înființat pe lîngă întreprinderile industriale mari.

În cadrul serviciului medico-sanitar, care are ca sarcină să asigure o asistență medicală specializată și să întreprindă măsuri largi profilactice în scopul scăderii morbidității, elementul cel mai important este circumscripția medicală de secție.

Preocuparea pentru o asistență medicală teritorializată acordată prin medici de circumscripție are un trecut destul de mare în ocrotirea sănătății din țara noastră. Totuși, aplicarea reală a principiului asistenței medicale pe circumscripții s-a înfăptuit o dată cu consolidarea sistemului de ocrotire a sănătății pe principii socialiste și în special după unificarea spitalelor cu policlinicile. În ceea ce privește asistența medico-sanitară în întreprinderile industriale mari, deservirea pe baza principiului circumscripției a apărut în ultimii ani, o dată cu reglementarea științifică a întregului sistem de ocrotire a sănătății muncitorilor și funcționarilor prin H.C.M. nr. 1830 din 1953.

Deservirea medico-sanitară pe circumscripții de secție este o completare necesară și justă a organizării asistenței preferențiale după locul de muncă. Sistemul de ocrotire a sănătății din țara noastră, aduce asistența medicală la locul de muncă, nu numai pentru a da posibilitate medicului să asigure primul ajutor în caz de accidente, intoxicații și boli acute, dar în special pentru a face profilaxie. Prin munca sa desfășurată de-a lungul multor ani cu același colectiv muncitoresc, medicul circumscripției de secție are posibilitatea să cunoască oamenii și condițiile lor de muncă, să studieze morbiditatea cu dinamica ei de-a lungul timpului și să alcătuiască planuri de măsuri avînd ca scop prevenirea îmbolnăvirilor și păstrarea capacității de muncă a salariaților din circumscripția sa. Toate acestea arată că medicul internist al circumscripției de secție este organizatorul profilaxiei pe teritoriul pe care-l deservește. Circumscripția de secție din cadrul serviciului medico-sanitar de întreprindere oferă cele mai favorabile condiții din întreg sistemul de ocrotire a sănătății pentru realizarea unei sinteze între activitatea curativă profilactică și cea sanitară profilactică, sinteză în care intră în mod obligator munca de ridicare a nivelului cultural sanitar al oamenilor muncii.

Asistența medicală la locul de muncă, acordată pe baza principiului circumscripției de secție, cere în mod neapărat o calitate înaltă a muncii.

In acest scop este necesară existența unui staționar și asigurarea citorva specialități importante în policlinică (ginecologie, oto-rino-laringologie, oftalmologie, stomatologie, dermato-venerologie, ftiziologie). Munca de teren a acestor specialiști și colaborarea lor cu medicul de circumscripție de secție are o mare importanță, nu numai pentru calitatea muncii curative, dar mai ales pentru activitatea profilactică. Astfel, se poate asigura deservirea colectivului muncitoresc dintr-unul sau mai multe ateliere care formează circumscripția de secție, de către un colectiv de medici specialiști, ale căror eforturi sînt îndrumate și coordonate de medicul de circumscripție.

Ținînd seama de legislația în vigoare și de considerațiile de mai sus, ne-am propus în cadrul activității S.M.S. „23 August" din București să organizăm pe principii juste munca circumscripțiilor medicale de secție. Pentru aceasta am căutat să ținem seama de specificul producției și am creat circumscripții de secție cu aceleași condiții de muncă : turnătorie, mecanică, vagoane, serviciul administrativ, serviciile auxiliare de muncă fizică etc. Cu această ocazie, în stabilirea numărului de salariați pentru fiecare circumscripție, a trebuit să ținem seama, pe lîngă normarea prevăzută de H.C.M. nr. 1830/1953 și de morbiditatea din diferite locuri de muncă. Se știe de exemplu că un sector de muncă mai ușor este controlul tehnic. Cu toate acestea, numeroasele transferări au făcut ca în acest sector de activitate să lucreze mulți bolnavi cronici, cărora li se dau anual un mare număr de consultații și zile de concediu medical. Ținînd cont de specificul producției uzinelor deservite, am stabilit un număr de 1 000—1 300 salariați pe fiecare circumscripție de secție. Trebuie arătat că schimbările permanente care au loc în uzină, ca de altfel în toate uzinele mari, ne determină să trecem periodic la revizuirea modului de deservire al diferitelor ateliere și să transferăm uneori un atelier sau o secție mai mică, dintr-o circumscripție în alta, avînd însă grijă ca sectoarele mari de activitate să fie deservite permanent de unul și același medic de circumscripție.

O altă problemă importantă este fixarea graficului de muncă al medicilor interniști ai circumscripțiilor de secție.

In cadrul sistemului de muncă trifazic, noi am dat o deosebită atenție fixării orelor de consultație și muncii de teren. De aceea am fixat orele de consultație a cabinetelor de medicină internă călare pe cele două schimburi de muncă, cuprinzînd vîrful de aglomerație din jurul orei 15. Cu mici diferențe legate de organizarea muncii într-unul sau două schimburi, orele de consultații sînt fixate de la 13,30 la 16,30. Fixarea orelor de consultații în felul acesta are o mare importanță pentru scăderea numărului de ieșiri din producție ale muncitorilor care vor să se adreseze policlinicii. Acest program permite muncitorilor din schimbul I să se adreseze medicilor după terminarea zilei de muncă (orele 15) iar celor din schimbul II înainte de intrarea la lucru. Bine înțeles, pentru asistența de urgență există permanent medici de gardă.

Un alt aspect important al graficului de muncă este activitatea de teren. Considerînd că cele 6 ore de teren săptămînal, prevăzute de normele Ministerului Sănătății, nu pot fi efectuate în bune condiții făcînd zilnic o vizită de o oră în teren, am concentrat orele de teren în două zile : marți 2 ore și vineri 4 ore. In felul acesta, ziua de vineri este destinată exclusiv pentru munca în teren și consultațiile sînt asigurate numai pentru cazurile grave, de către un medic internist prin rotație. De altfel, experiența noastră a arătat că în ziua de vineri aglomerația la consultații este foarte redusă.

Munca de staționar este efectuată în Spitalul „Ilie Pintilie" cu care S.M.S.-ul nostru este unificat și în staționarul mic de pe lîngă uzină. O dată cu amenajarea unui staționar de 60 de paturi pe lîngă întreprindere, munca va putea fi organizată mai bine. In această situație noi vedem asigurarea asistenței medicale după sistemul trifazic prin acordarea unei norme și jumătate pentru fiecare medic de circumscripție de secție. Aceasta este necesar din cauză că munca de staționar trebuie să înceapă la ora 8 dimineața și nu poate fi mai mică de 4 ore, deci pînă la ora 12, iar pe de altă parte medicul va trebui în mod obligatoriu să cuprindă în munca sa spațiul între orele 14—17,30, urmînd ca între 17,30—18,30 să se facă contravizita la staționar. Tot în aceste 10 ore și jumătate de muncă vor putea fi cuprinse eventual și gărzile. Ca o formulă intermediară s-ar putea acorda și o normă și un sfert pentru fiecare internist.

Pentru rezolvarea sarcinilor de la nivelul circumscripției de secție, medicul nu acționează singur, ci este ajutat de un puternic colectiv, care lărgește considerabil posibilitățile de cuprindere ale problemelor terenului și întărește munca profilactică. Astfel, sub conducerea medicului se găsesc : sora de circumscripție, personalul medico-sanitar (felcer și soră) al punctului de sănătate din atelier, echipa sanitară formată din muncitori, absolvenții cursului de G.P.A.S., care acționează în jurul posturilor sanitare de prim ajutor de Cruce Roșie. Experiența noastră din cadrul S.M.S. „23 August" ne-a arătat că nu se pot obține rezultate bune atît timp cît punctele de sănătate cu personal sanitar mediu din atelier sînt subordonate și conduse de serviciul de chirurgie, pe motivul că ar reprezenta o etapă în asigurarea asistenței chirurgicale de urgență. Mai mult, această organizare care reflectă o orientare strict curativistă, a făcut ca un timp cadrele de la punctele de sănătate să nu aibă nicio preocupare pentru problemele igienei teritoriului pe care-l deserveau și chiar să neglijeze aspectul profilactic în combaterea microaccidentelor. Cu totul altfel se prezintă situația astăzi, cînd felcerii punctelor de sănătate se ocupă circa 3 ore pe zi în timpul dimineței de problemele igienico-sanitare și de educație sanitară ale atelierului respectiv, timp în care sînt înlocuiți la posturi de surorile medicale ale circumscripțiilor cărora acestea le sînt subordonate. Aceasta a făcut ca medicul circumscripției de secție să primească un ajutor temeinic în problemele curente ale muncii de teren, să fie pus în cunoștință asupra cazurilor mai frecvente care necesită primul ajutor în circumscripția sa. Desigur, în organizarea acestei activități noi am fixat atribuții precise de îndrumare și control al calității muncii punctelor de sănătate și pentru serviciul de chirurgie.

Ridicarea nivelului profesional al felcerilor și surorilor medicale de la punctele de sănătate din ateliere și mai buna organizare a muncii au avut o influență directă asupra problemelor și calității activității serviciului de chirurgie. Astfel, pe primul trimestru al anului 1955, numărul tratamentelor efectuate de serviciul de chirurgie a scăzut de aproape trei ori în comparație cu același trimestru al anului 1953, în timp ce numărul intervențiilor chirurgicale a crescut în aceeași perioadă de trei ori.

Acestea fiind condițiile de muncă la nivelul circumscripțiilor de secție, să vedem care sînt sarcinile care stau în fața medicului și a colectivului și care sînt metodele pe care le-am aplicat noi în cadrul S.M.S.-ului „23 August".

Am sistematizat preocupările noastre pe cele trei faze ale muncii me-

diculuí circumscripției de secție: în teren la nivelul atelierelor, în cabinet la policlinică și în staționar.

În munca de teren de la nivelul atelierelor medicul de circumscripție trebuie să se ocupe în primul rînd de cunoașterea procesului de producție și a condițiilor igienico-sanitare în atelierele circumscripției și de recomandarea de măsuri în scopul îmbunătățirii condițiilor de muncă. Pentru aceasta, noi am început prin a face inițierea medicilor de circumscripție în problemele de igiena muncii prin scurte lecții prezentate de medicii igieniști ai S.M.S.-ului. În același timp, medicii de circumscripție au fost însoțiți periodic în orele de teren de medicii igieniști care alcătuiau fișele de obiectiv. Ambele aceste măsuri au permis medicilor internîști să observe mai atent deficiențele medico-sanitare din ateliere. Astfel, constatîndu-se existența unui curent puternic în hala sectorului forjă, s-a propus, împreună cu organele de protecția muncii pe linie administrativă, instalarea unei perdele de aer la intrarea în hală, care s-a prevăzut în planul unic complex și s-a realizat în cursul primului semestru al anului 1955. Tot prin grija medicilor și a organelor de protecția muncii, în multe locuri de muncă s-au instalat paravane de protecție și apărătoare contra șpanului la mașinile de polizat și la strunguri. Medicul de circumscripție împreună cu sora medicală duc o importantă muncă de control sanitar curent în ateliere, care este consemnată în caietele de teren respective.

Această activitate determină conducerile administrative ale sectoarelor să aibă preocupări pentru îmbunătățirea condițiilor de igienă. În felul acesta se realizează acțiuni de curățenie în fiecare săptămînă în ziua de marți, se face dezinfecția și deratizarea vestiarelor și grupurilor sociale, se fac reparații ale ușilor și se pun geamuri pentru a evita curenții de aer. În toate aceste acțiuni munca de supraveghere sanitară, dusă zilnic de sora medicală, are o importanță deosebită.

Pe lîngă preocupările pentru îmbunătățirea condițiilor igienico-sanitare în ateliere, medicul de circumscripției în munca sa de teren, are ca sarcină cunoașterea colectivului de muncitori, a conducătorilor administrativi, sindicali și politici și a organizațiilor de U.T.M. și Cruce Roșie.

Tocmai pentru că ocrotirea sănătății depășește cadrul acțiunii strict medicale și pentru că profilaxia este trăsătura esențială a asistenței medicale din întreprinderi, realizarea unei bune colaborări între medic, șef de sector și comitetul de secție sindicală este hotărîtoare pentru scăderea morbidității.

Pornind de la această idee ne-am dat seama că munca va merge pe un drum bun numai atunci cînd această colaborare va căpăta o formă organizată. Pentru aceasta, în anul 1955, am început să aplicăm una din metodele sovietice de muncă recomandată în U.R.S.S. în ianuarie 1955, prin Hotărîrile Consiliului de Miniștri și ale Consiliului Central Unional al Sindicatelor. Această metodă care se aplică în uzinele mari, constă în înființarea Comisiei permanente de scădere a morbidității și organizarea de analize ale morbidității cu incapacitate temporară de muncă în fiecare circumscripție de secție. Ce am obținut aplicînd această metodă? În primul rînd, s-a întărit colaborarea între administrația uzinei, comitetul de întreprindere și serviciul medico-sanitar, prin crearea unui colectiv special însărcinat cu problemele ocrotirii sănătății. În acest colectiv intră președintele comitetului de întreprindere, directorul administrativ al uzinei, un membru al comitetului de partid, medicul director al S.M.S.-ului, responsa-

bilul cu asigurările sociale din comitetul de întreprindere, responsabilul cu protecția muncii pe linie administrativă, șeful serviciului administrativ al uzinei. Această comisie permanentă de scăderea morbidității supraveghează ținerea ședințelor de analiză a morbidității pe secții, discută problemele care depășesc posibilitățile de rezolvare la nivelul sectoarelor și ia măsuri practice de rezolvarea problemelor. În ceea ce privește analizele morbidității la nivelul secțiilor, ele au devenit un mijloc de realizare a colaborării între medic, șef de sector și președinte al comitetului de secție sindicală, în folosul ocrotirii sănătății. În aceste ședințe medicul informează organele administrative și sindicale asupra morbidității muncitorilor și cere sprijinul concret al acestora ; în același timp el este cunoscut de reprezentanții muncitorilor și ia cunoștință de nevoile muncitorilor. Astfel, pe baza sezisărilor medicilor de circumscripție, s-a îmbunătățit munca delegaților de asigurări sociale în ceea ce privește vizitele tovărășești. Pe baza informațiilor muncitorilor din sectorul mecanic, s-a trecut la organizarea unei mari acțiuni de deratizare, la care au participat și salariații acestui loc de muncă. O mare importanță are colaborarea dintre medicul de circumscripție și comitetul de secție sindicală în trimiterea muncitorilor la cură balneară. Pentru reușita acestei munci, medicii au organizat trierea unui număr de muncitori cu 20% mai mult decît numărul biletelor de cură balneară acordate sectorului respectiv, indicînd urgența pentru fiecare caz. Pe baza recomandațiilor făcute de medic și de comun acord cu el, comitetul de secție sindicală a hotărît cine poate fi trimis la cură balneară.

O colaborare importantă pentru munca medicală este cea cu organele de protecția muncii pe linie administrativă. Atît problema accidentelor grave și a microaccidentelor, cît și formele concrete de protecția muncitorilor sînt discutate astăzi în comun de medic cu responsabilul de protecția muncii din sectorul respectiv. O acțiune de mare utilitate a fost alcătuirea unei situații privind locurile de muncă ușoară pentru fiecare sector de muncă. Aceasta permite o recomandare la munca ușoară pe baza cunoașterii reale a posibilităților de transfer și evită discuțiile fără folos care existau în trecut, cînd medicul și comisia medicală consultativă făceau recomandări ce uneori nu se puteau realiza.

Cu ocazia campaniilor importante, cum ar fi vaccinările T.A.B., microradiografiile, controalele medicale periodice, vaccinările antitetanice, recoltările de sînge pentru R.B.W., se vede dacă medicul a realizat o colaborare justă cu factorii de răspundere din ateliere. Astfel, la sectorul turnătorie, medicul de circumscripție a obținut realizarea vaccinărilor T.A.B. 100%, deoarece șeful sectorului și președintele comitetului de secție sindicală au dat exemplu personal în fața muncitorilor și i-au îndrumat și pe aceștia să se vaccineze. La fel a fost și la celelalte acțiuni.

Pentru aceasta însă a fost nevoie ca în prealabil medicul să arate concret — la ședințele de analiza morbidității — cum ocrotirea sănătății scade zilele de incapacitate de muncă, fapt care este în folosul sănătății muncitorilor și al producției. Scăderea numărului de zile de concediu medical a constituit pentru noi un argument în munca pe care am dus-o pentru lămurirea forurilor administrative și sindicale, care, treptat, au trecut la o muncă de sprijinire concretă și eficientă a sarcinilor care stăteau în fața S.M.S.-ului.

O altă sarcină importantă în munca de teren a medicului de circumscripție și a surorii medicale, sarcină la care participă și felcerul punctului de sănătate din atelier, este ridicarea nivelului cultural sanitar al muncitorilor. Formele de activitate educativă întrebuințate pe această linie au fost: convorbiri și conferințe pe temele actuale legate de sarcinile S.M.S.-ului (vaccinări, microradiografii etc.), cursuri de G.P.A.S. și de echipieri sanitari cu lucrările practice respective, instructajul autoajutorului și ajutorului reciproc după metoda Solomonov, colțul sanitar în gazeta „Viața uzinei" și în gazetele de perete din ateliere, consultația profilactică de masă pentru bolnavii de ulcer gastric și duodenal, afișe, tracte și broșuri, emisiuni speciale la stația de radioficare etc. În munca noastră de educație sanitară am urmărit ca pe baza sarcinilor curente date de medic muncitorilor din activul sanitar, educat în acest sens, să determinăm o participare a muncitorilor înșiși la ocrotirea propriei lor sănătăți.

Realizarea în bune condiții a vaccinărilor T.A.B. și microradiografia din acest an, dar mai ales rezultatele bune obținute în campania de recoltare a sîngelui pentru R.B.W., arată o incontestabilă creștere a nivelului cultural al muncitorilor.

Despre sarcina îndrumării punctului de sănătate cu felceri de către medicul de circumscripție, am arătat mai sus. Ceea ce trebuie subliniat este faptul că între diferitele forme de activitate sanitară, de la autoajutor și ajutor reciproc la primul ajutor dat de felcer și de aci pînă la medic, există o legătură organică. Creșterea nivelului cultural sanitar al muncitorilor permite rezolvarea unora din problemele curente, cum ar fi microaccidentele și controlul sanitar, de către înșiși muncitorii îndrumați de cadrele sanitare. În felul acesta felcerul poate duce o muncă calitativ superioară, iar medicul poate fi cu adevărat organizator al profilaxiei în circumscripția sa.

O altă parte importantă a activității sale, medicul o execută la nivelul cabinetului policlinicii S.M.S.-ului. O primă sarcină la acest nivel este acordarea consultațiilor curente muncitorilor bolnavi și sănătoși. Strîns legată de această muncă este efectuarea expertizei capacității de muncă și eliberarea certificatelor de concediu medical.

În cadrul muncii curativo-profilactice, o importanță deosebită are examenul medicului la angajare. Numai cunoașterea perfectă a condițiilor de muncă din atelierele circumscripției sale și executarea unui examen medical complex, permit medicului internist să facă o justă recomandare muncitorului ce se prezintă la angajare. În felul acesta se evită înrăutățirea stării de sănătate a unui muncitor care are un început de boală și în același timp se previne consumul unei părți importante din fondul de asigurări sociale.

Nevoile producției la un moment dat și insistențele pe care le depune cel care solicită angajarea, nu trebuie să determine niciodată pe medic să accepte încadrările la o muncă grea a unui bolnav. Aceeași problemă se pune și în legătură cu transferarea unui muncitor vechi de la un atelier la altul. Și aci, medicul trebuie să intervină cu avizul său competent.

În cadrul S.M.S.-ului „23 August" fiecare angajare sau transferare este obiectul unei analize temeinice, pe care o face medicul, adesea împreună cu comitetul de întreprindere.

Executarea expertizei medicale a capacității de muncă și elaborarea

certificatului de concediu medical reprezintă o sarcină de mare răspundere în munca medicului circumscripției de secție. Cu atît mai importantă a devenit această sarcină după apariția instrucțiunilor C.C.S. și M.S., în 1954, care au reglementat eliberarea certificatelor medicale după locul de muncă. Această măsură a contribuit la scăderea cu 10% a numărului zilelor de concediu eliberate muncitorilor uzinelor „23 August" în semestrul al II-lea al anului 1954, în comparație cu semestrul I. Caracteristic este faptul că numărul de zile de concediu dat de medicii din afara S.M.S.-ului a scăzut cu 20%, în timp ce numărul de zile de concediu dat de medicii S.M.S.-ului a crescut cu numai 2% în semestrul al II-lea al anului 1954, comparativ cu semestrul I. Numeroase exemple au arătat că supravegherea permanentă de către medic a grupei salariaților care fac îmbolnăviri frecvente și de lungă durată, permite acordarea concediului medical din ce în ce mai judicios și în același timp face posibilă aplicarea măsurilor terapeutice necesare pentru însănătoșirea bolnavilor.

În munca lor, medicii de circumscripție urmăresc executarea de către bolnavi a prescripțiilor date, lămurind pe muncitori că reducerea tratamentului la concediu medical nu poate da rezultatele dorite.

Pe linia întăririi muncii profilactice, medicii de circumscripție dau o atenție specială metodei dispensarizării. Dispensarizarea are cele mai favorabile condiții de aplicare într-un S.M.S. unde se acordă asistența medicală pe baza teritorializării în circumscripția de secție. Aplicarea dispensarizării în S.M.S.-ul „23 August" a început în trimestrul al IV-lea al anului 1954 printr-o serie de măsuri pregătitoare, care au fost arătate mai sus.

Stabilirea contingentelor de dispensarizați s-a făcut prin selecționarea, pe baza condițiilor de mediu, a morbidității cu incapacitate de muncă, a consultațiilor curente și periodice. Contingentul celor sănătoși s-a format dintre fruntașii în producție și adolescenți. De oarece pînă la aplicarea justă a dispensarizării a existat un număr oarecare de dispensarizați în evidență care nu erau urmăriți (circa 10—12% din efectivul fiecărei circumscripții), colectivul S.M.S.-ului s-a găsit în fața unui lot de salariați din care a trebuit să-și recruteze contingentele de dispensarizați. În acest scop, s-a trecut la reconsiderarea stării de sănătate a fiecăruia dintre muncitorii aflați în evidența „cronicilor". Această reconsiderare s-a făcut pe baza unui examen medical complex, care s-a realizat prin trimiterea dispensarizatului la fiecare din specialiștii S.M.S.-ului, în timpul consultațiilor curente. Faptul că nu am făcut examenul complex inițial printr-o comisie, a economisit un mare număr de ore de muncă și a permis efectuarea lui într-un timp scurt.

Pentru o primă perioadă, medicii de circumscripție și-au fixat un număr de dispensarizați în jurul cifrei de 100. Din aceștia cca 40% sînt bolnavi de reumatism, iar apoi, în ordine descrescîndă, urmează bolnavii cu boala ulceroasă, cei cu afecțiuni cardio-vasculare (în care intră și bolnavii hipertensivi), cei cu concedii lungi și repetate etc. Salariații sănătoși dispensarizați nu depășesc 10—11% din totalul celor urmăriți. Atingerea cifrei de 100 dispensarizați nu s-a făcut dintr-o dată ci treptat. Inîi au fost luați în evidență 50, apoi 70 și în sfîrșit, pe la jumătatea anului 1955, s-a ajuns la numărul de 100. În perioada următoare, medicii de circumscripție vor trece la dispensarizarea unui număr de 150 de salariați pe fiecare circumscripție.

Fiecărui dispensarizat i s-a întocmit „fișa de consultații și dispensarizare" propusă de Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei. Examenul complex inițial a fost trecut pe „anexa" pentru dispensarizare a fișei unice. Evidența programării s-a făcut pe condici separate, fiecare coloană reprezentînd o lună din an. Cînd dispensarizatul se prezintă, data prezentării este încercuită; în caz contrar se fixează o dată imediat apropiată, fără a șterge data programării vechi. Deși au existat cazuri cînd dispensarizații s-au prezentat cîteva zile după data anunțării (anunțarea se face de către sora de circumscripție cu o zi înainte), iar unii nu s-au prezentat, putem considera că prezentarea la examenele periodice ale dispensarizării a fost mulțumitoare. Aceasta a fost ușurată și prin faptul că medicii au avut condiții pentru a realiza acest examen periodic și în cabinetul punctului de sănătate din atelier.

Recomandarea măsurilor de terapie și profilaxie dispensarizaților și urmărirea efectuării lor au constituit o preocupare specială în aplicarea dispensarizării.

O primă serie de recomandări au fost cele de ordin medical curativo-profilactic, adică medicamente, fizioterapie, asanări de focare pe linie de oto-rino-laringologie și stomatologie. Aceste recomandări s-au executat și au constituit, mai ales în ceea ce privește asanarea focarelor de infecție, un prilej de a face o muncă profilactică în masă. În ceea ce privește medicamentele, se simte nevoia de a lărgi gratuitatea, prin acordarea lor celor dispensarizați. Aceasta s-ar putea asigura și prin crearea unui fond special în cadrul măsurilor de prevenire a îmbolnăvirilor pe linia de asigurări sociale. Cu această ocazie s-a constatat că medicii utilizează într-o măsură redusă tratamentul fizioterapic și s-au luat măsurile corespunzătoare pentru aplicarea lui pe o scară mai largă.

Una dintre cele mai importante măsuri aplicate în cadrul dispensarizării a fost cura balneară. Astfel, pe semestrul I al anului 1955, 70% din cei trimiși la cura balneară erau salariați aparținînd lotului de dispensarizați. Toți cei trimiși la cura balneară au fost examinați la înapoiere o dată cu eliberarea certificatului de concediu medical pentru diferența de 7 zile necesară tratamentului. Această reexaminare a tuturor dispensarizaților a permis trecerea la o formă concretă de urmărire a eficienței curei balneare. Bine înțeles, urmărirea acestei eficiențe se face la diferite perioade (3 și 6 luni) după efectuarea curei balneare.

Alimentația dietetică a constituit o altă măsură utilizată în dispensarizare. Mărirea capacității cantinei și îmbunătățirea calității meniurilor, cu sprijinul serviciului medico-sanitar, a permis să se asigure alimentația dietetică pentru toți dispensarizații cărora li s-a recomandat regim special alimentar. Spre deosebire de trecut, cantina are astăzi 3 feluri de regim. Cu ocazia examenelor periodice ale dispensarizării, medicul, controlînd starea de sănătate a bolnavilor, apreciază necesitatea continuării alimentației dietetice.

Medicii de circumscripție au recomandat ape minerale medicinale și au făcut în acest scop o largă propagandă. Cu toate acestea în această problemă mai sînt încă multe de făcut, atît pentru lămurirea muncitorilor, cît și pentru îmbunătățirea aprovizionării cu diferitele sorturi de ape minerale.

Îmbunătățirii condițiilor de muncă ale dispensarizaților i s-a acordat o atenție deosebită. Prin munca de teren, medicii de circumscripție ur-

măresc condițiile în care lucrează dispensarizații și propun măsuri de îmbunătățire cu ajutorul organelor administrative, sindicale, de protecția muncii etc. Pe această linie s-au aplicat măsuri, ca: amenajarea unor dispozitive de protecție la mașinile de polizat, construirea unor butelii de mică capacitate pentru ape carbogazoase pentru muncitorii sectorului turnătorie, construirea ventilației mecanice la vopsitorie unde există vapori de substanțe care pot deveni vătămătoare în anumite concentrații etc.

În legătură cu regimul de muncă și odihnă, medicii S.M.S.-ului îu utilizat în scopul întăririi sănătății și capacității de muncă a dispensarizaților, concediul medical, transferul la o muncă mai ușoară, limitarea timpului de muncă, interzicerea muncii de noapte.

În ceea ce privește celelalte măsuri de îmbunătățire a regimului de muncă și odihnă pentru dispensarizați, deși ele au fost aplicate într-un număr mare de cazuri, totuși întîmpinăm unele greutăți. Printre acestea putem arăta: lipsa unui număr suficient de locuri de muncă ușoare, refuzul muncitorilor dispensarizați de a trece definitiv într-un loc de muncă ușoară, îngreunarea muncii în echipă la anumite ateliere atunci cînd unui membru al ei i se dă timp limitat de muncă sau i se interzice munca de noapte. O măsură importantă pe care am întreprins-o în scopul utilizării mai juste a locurilor de muncă ușoară, a fost alcătuirea pentru fiecare sector a situației locurilor de muncă ușoară, cu menționarea numelui dispensarizatului, a diagnosticului său și a termenului pentru care a trecut la respectivul loc de muncă. Această situație a fost alcătuită de medicii de circumscripție în colaborare cu organele de protecția muncii pe linie administrativă. Această colaborare a permis și stabilirea locurilor de muncă mai ușoară în cadrul aceleiași profesii.

O măsură importantă a dispensarizării, este internarea pe un timp limitat a anumitor bolnavi în staționarul S.M.S.-ului pentru un examen medical mai atent.

Privind felul de prezentare a dispensarizaților la examenele periodice pînă în prezent, putem remarca existența unei supravegheri reale a lor de către medic. Nu într-o măsură suficientă s-a urmărit aplicarea tuturor recomandărilor pentru fiecare dispensarizat.

Analiza muncii de dispensarizare realizată la S.M.S.-ul „23 August", ne indică existența unor greutăți pe care le credem valabile și pentru celelalte S.M.S.-uri unde s-a aplicat această metodă.

Una din greutăți constă în faptul că criteriul de bază în selecționarea dispensarizaților este morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă și nu morbiditatea generală. Aceasta arată că măsurile medicale și sociale care aparțin dispensarizării se aplică bolnavilor într-un stadiu avansat de boală. O altă greutate este faptul că, din cauza lipsei metodelor de diagnostic precoce, nu am putut asigura dispensarizarea bolnavilor încă la apariția primelor tulburări de boală. Aceste greutăți le considerăm totuși de ordin obiectiv și credem că forma de dispensarizare pe care o facem în momentul de față este o etapă necesară pentru trecerea la o formă de muncă superioară. În același timp, forma actuală de dispensarizare, care se concentrează asupra bolnavilor ce au un număr mare de zile de concediu medical pe an, poate aduce o contribuție importantă la scăderea morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

Un al treilea capitol din activitatea medicului circumscripției de secție este munca în staționarul S.M.S.-ului. În general, munca în staționar tre-

buie organizată conform normelor existente pentru activitatea oricărui spital. Ceea ce este caracteristic astăzi pentru multe staționare de întreprinderi, este faptul că în ele se găsesc internați bolnavi cu afecțiuni de scurtă durată (5—7 zile). In aceste condiții este desigur foarte greu de organizat ridicarea nivelului profesional al medicilor, mai ales cînd nu există cadre de conducere (șefi de secție, consultanți principali) care să se ocupe de aceasta. Tocmai de aceea este necesară crearea postului de consultant principal de policlinică, în primul rînd în S.M.S.-uri. Rezolvarea problemei ridicării nivelului profesional, dar mai ales satisfacerea nevoilor muncitorilor în această asistență medicală spitalicească, sînt posibile numai prin crearea staționarului puternic pentru fiecare S.M.S In această privință, amenajarea unui staționar cu 60 de paturi va permite obținerea unor rezultate și mai bune la S.M.S.-ul „23 August".

Pentru organizarea în bune condiții a muncii sale, medicul circumscripției de atelier trebuie să lucreze pe baza unui plan de muncă. In acest plan trebuie să fie cuprinse toate problemele și sarcinile care privesc colectivul pe care-l conduce (soră de circumscripție, felcerul punctului de sănătate, responsabilii posturilor de prim ajutor), medicii specialiști ai S.M.S.-ului (ftiziolog, dermato-venerolog, ginecolog, stomatolog), organele administrative, sindicale și de Cruce Roșie din circumscripția respectivă. Introducerea în plan a sarcinilor pe care le au medicii specialiști ai S.M.S.-ului este importantă, deoarece în felul acesta medicul de circumscripție capătă perspectiva tuturor problemelor medicale ale teritoriului său, în care el este organizatorul sanitar.

Iată modelul unui plan de muncă al medicului de circumscripție de secție, utilizat în S.M.S.-ul „23 August".

PLAN DE MUNCĂ[1]

Pe trimestrul I 1955 al Circum. nr. ..... Sectorul .....

Probleme	*Sarcini*	*Termen*	*Execută*
Organizarea muncii	— Revizuirea fișelor la fișier	31.I	Medic circumscripție
	— Revizuirea evidențelor	31.I	„ „
	— Controlul punctului de sănătate	săptămînal	„ „
	— Controlul punctului sanitar de prim ajutor	Bilunar și săptămînal	Medic de circumscripție Soră de circumscripție
	— Amenajarea punctului de sănătate existent	16.II	Medic, felcer, resp. cu întreținerea sectorului
	— Inființarea unui post sanitar de prim ajutor	15.II	Medic circumscripție
	— Analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă	lunar	Medic circumscripție Președ. comitet. Ing. șef sector
Asistență curativo-profilactică	— Realizarea examenelor periodice pentru 100 de dispensarizați	31.III	Medic și soră de circumscripție

1 In acest plan există măsuri ce privesc circumscripții cu specific diferit, ceea ce face ca el să fie în realitate mai redus ca volum.

Probleme	*Sarcini*	*Termen*	*Execută*
Asistență curativo-profilactică	— Examinarea complexă a unui număr de 20 de dispensarizați noi	31.III	Medic circumscripție
	— Executarea controlului medical periodic pentru 100 muncitori din locuri de muncă nocive	1.III	Medic circumscripție, medic igienist
	— Examinarea medicală a unui numar de 25 de muncitori propuși la cura balneară	31.III	Medic circumscripție și resp. asig. soc. din Comisiei sindicale
	— Examinarea medicală a celor 30 de muncitori care se alimentează la cantina dietetică	30.III	Medic circumscripție și resp. asig. sociale
	— Examinarea medicală a celor 40 de muncitori care consumă ape minerale medicale	31.III	Medic. circumscripție și resp. asig. sociale
	— Urmărirea și executarea tratamentului antiluetic la 12 muncitori	31.III	Medic venerolog, medic circumscripție și soră de circumscripție
	— Realizarea unui număr de 250 de recoltări de sînge pentru R.B.W.	31.III	Medic venerolog, soră de circumscripție
	— Supravegherea medicală a celor 8 muncitori tuberculoși, reîncadrați în muncă, care primesc suplimentul pentru supraalimentare	31.III	Medic ftiziolog, soră de circumscripție
	— Supravegherea medicală a celor 15 tuberculoși cu sechele.	31.III	Medic de circumscripție
	— Studiul microaccidentelor înregistrate la punctul de sănătate la felceri	31.III	Medic de circumscripție și chirurg, felcer, resp. protecția muncii
	— Supravegherea medicală a celor 16 ginecopate.	31.III	Medic ginecolog și medic de circumscripție
	— Depistarea și asanarea afecțiunilor de dinți la 250 de muncitori.	31.III	Medic stomatolog „ de circumscripție

Probleme	*Execută*	*Termen*	*Sarcini*
	— Examenul oftalmoologic al celor 8 muncitori macaragii	31.III	Medic oftalmolog „ de circumscripţie
Activitatea igienico-sanitară şi antiepidemică	— Efectuarea a 50 de controale sanitare în circumscripţie	31.III	Medic de circumscripţie „ igienist
	— Efectuarea a 200 de controale sanitare în circumscripţie	31.III	Soră de circumscripţie Medic de circumscripţie
	— Efectuarea a 200 de controale în circumscripţie	31.III	Felcer, medic circumscripţie
	— Deparazitări individuale şi vestiare dulapuri	In fiecare vineri şi în perioadele 15—22.I 19—26.II 19—26.III	Soră de circumscripţie, felcer
	— Efectuarea a 75 de controale sanitare la cantină	31.III	Medic igienist „ de circumscripţie
	— Verificarea situaţiei locurilor de muncă uşoară	1.II	Medic de circumscripţie Resp. protecţia muncii
	— Acţiuni generale de curăţenie în ateliere	In fiecare marţi	Medic circumscripţie, soră felcer, resp. asig. sociale
	— Urmărirea executării măsurilor din planul unic complex :		Medic circumscripţie, resp comit. sect. sind., Ing. şef sector
	a) instalarea perdelei de aer la uşile halei	1.III	
	b) confecţionarea a 20 de butelii pentru apă carbogazoasă	15. II	
	c) amenajarea unei camere pentru luarea gustării de dimineaţă	1.II	
	d) repararea conductelor de apă pentru instalaţiile igienico-sanitare din sector	1.III	
	— Studiul procesului tehnologic şi al noxelor la hale instalate de preluare a materialelor neferoase	31.III	Medic circumscripţie, resp. prot. muncii

Probleme	*Sarcini*	*Termen*	*Execută*
Activitatea igienico sanitară și antiepidemică	— Întocmirea evidenței celor ce au în antecedente tifos exantematic	15.III	Medic circumscripție, medic igienist
	— Organizarea unei acțiuni de deratizare	10.II	Felcer
	— Vaccinarea antitetanică a unui număr de 150 de muncitori	31.III	Soră circumscripție
Ridicarea nivelului cultural sanitar	— Ținerea a 6 conferințe	31.III	Medic circumscripție
	— Ținerea a 40 convorbiri	31.III	„ „
	— Ținerea a 150 convorbiri	31.III	Soră circumscripție
	— Scrierea a 2 articole la gazeta de perete din atelier	31.III	Medic circumscripție
	— Scrierea unui articol la „Viața Uzinei“	15.II	Medic circumscripție
	— Organizarea a 2 consultații profilactice de masă	21 și 25.III	Medic circumscripție
	— Amenajarea a 2 colțuri roșii	1.III	Medic circumscripție felcer
	— Inscrierea unui număr de 200 membii noi de Cruce Roșie	31.III	Medic circumscripție Soră circumscripție
	— Executarea de exerciții practice cu echipa sanitară	Bilunar	Medic circumscripție
	— Inscrierea a 3 donatori de sînge	31.III	Medic circumscripție Soră „
	— Ținerea a 2 cursuri de G.P.A.S.	15.III	Medic circumscripție Felcer
	— Mărirea numărului membrilor activului sanitar de la 25 la 50	20.III	Medic circumscripție
	— Organizarea unui curs de sanminimum pentru personalul cantinei	10.III	Medic circumscripție Soră „
	— Ținerea a 4 lecții în cadrul instructajului auto-ajutor și ajutor reciproc după metoda Solomonov	In luna februarie	Medic circumscripție Felcer

Probleme	*Sarcini*	*Termen*	*Execută*
Ridicarea nivelului profesional	— Ţinerea a 2 referate ştiinţifice	In lunile ianuarie şi martie	Medic circumscripţie
	— Ţinerea unui referat ştiinţific	In luna februarie	Felcer
	— Participarea la cursul de reîmprospătare a cunoştinţelor	In luna februarie	Soră circumscripţie

După cum se vede, medicii de circumscripţie nu au trecut în problemele lor sarcinile concrete şi obligaţiile obişnuite care sînt valabile pentru orice medic (consultaţii, munca în staţionar etc.). Cu această ocazie trebuie să arătăm că unele sarcini nu au fost executate în termenele fixate, ci mai tîrziu. Astfel au fost: controalele medicale periodice, vaccinările antitetanice, evidenţa celor ce au în antecedente tifos exantematic, examenul oftalmologic al macaragiilor etc. Luînd însă planul de muncă în ansamblul său, el a fost executat în bune condiţii, fapt ce a permis medicilor de circumscripţie ai sectoarelor Uzinei „23 August" să contribuie în mod real la scăderea morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă. Astfel indicele de gravitate scade în semestrul I 1955, cu 14,07% faţă de semestrul I 1952.

Intrat în redacţie în iulie 1955.

★

Из опыта организации цехового врачевного участка при медико-санитарной части промышленного предприятия имени 23 Августа

В годы народно-демократического строя, в РНР развилась большая сеть медико-санитарных частей при промыщленных предприятиях и в рабочих центрах.

В рамках медико-санитарной службы, целью которой является обеспечение специализированной цомошью и проведение профилактических мероприятий для снижения заболеваемости, наиболее важным фактором является цеховый врачебный участок,

Автор излагает, как были организованы медико-санитарной частью прерприятня имени 23 Августа пеховые врачебные участки, и подвергает обсуждению следуюшие вопросы: распределение цеховых участков; график работы врачей-терапевтов цеховых участков; задачи, стояшие перед цеховым врачом и коллективом; методы, которые применяются в целях выполнения этих задач.

★

Sur l'expérience acquise par l'organisation de la circonscription médicale de section dans le service médico-sanitaire „23 Août"

Au cours des années du régime démocrate populaire, on a organisé dans la République Populaire Roumaine un réseau important d'unités médico-sanitaires, auprès des entreprises industrielles et dans les centres ouvriers.

Dans le cadre du service médico-sanitaire, qui a la mission d'assurer une assistance médicale spécialisée et d'instituer des mesures prophylactiques dans le but de

Tetragin

Pulvere

pentru: Igiena intimă a femeii;
fluor vaginalis

CIF

Pulvere

diminuer la morbidité, l'élément le plus important est constitué par la circonscription médicale de section.

L'auteur expose la façon dont a été organisé le travail des circonscriptions médicales de section du service médico-sanitaire „23 Août"; il passe en revue les problèmes suivants: la délimitation des circonscriptions de section; le graphique de l'activité des médecins internistes des circonscriptions de section, les charges qui s'imposent au médecin et au personnel médical dans son ensemble, ainsi que les méthodes employées pour accomplir ces charges.

Munca de teren, factor hotărîtor în combaterea tuberculozei

Dr. C. Lupulescu

(Lucrare efectuată în cadrul Dispensarului antituberculos Sebeș)

Știind că elementul contagiune își are originea și efectul său nociv la nivelul locului de trai și de muncă al bolnavului tuberculos și că acolo pe teren, deci, trebuie organizată și efectuată lupta noastră pentru stăvilirea endemiei tuberculoase și, bizuindu-ne pe experiența noastră îndelungată în această materie, vom face o serie de observații critice și autocritice, cu propunerea efectuării combaterii masive a tuberculozei prin cunoașterea, organizarea și stăpînirea terenului, pentru a putea aplica complet și complex directivele existente privitoare la îndeplinirea indicilor de plan și de eficiență, aceasta în vederea prelevării profilacticului asupra curativului la nivelul dispensarului de tuberculoză raional.

Este absolut necesară organizarea muncii de teren, căci la majoritatea unităților noastre antituberculoase de pe teren această activitate este ca și inexistentă. Nu putem nega că satisfacerea justă a laturii curative de la nivelul dispensarului de tuberculoză și de la nivelul sanatoriilor și al altor instituții curative, prin vindecarea bolnavilor de tuberculoză, nu ar avea și o importanță profilactică și chiar socială, dispărînd tot atîtea focare existente înainte și apoi asanate, iar foștii bolnavi fiind redați în cîmpul muncii pentru binele lor, al familiei și al colectivității. Dar idealul ar fi ca să avem cît mai puțini bolnavi spitalizați în staționare, preventorii, sanatorii etc., printr-o justă organizare a muncii de teren, împletită cu o susținută activitate educativă sanitară, cu continuitate în timp și spațiu.

Din directivele existente trebuie să recunoaștem că ni se arată *ce trebuie să facem*, nu ni se arată însă precis *cum trebuie să facem*.

În cele ce urmează vom face o serie de considerații critice și autocritice, împreună cu propunerile noastre. Ar urma apoi ca și alți tovarăși, sprijiniți pe experiența lor, să-și expună părerea în această problemă care, după noi, are cea mai mare importanță în combaterea tuberculozei.

I.

Dacă facem o serie de *considerații critice și autocritice* în ce privește actualul stadiu al activității profilactice și rolul pe care-l are, teoretic și practic, munca de teren în susținerea acesteia, vom putea constata o serie de *lipsuri și deficiențe*.

1. *Sarcina dispensarului de tuberculoză raional, factorul motor al luptei antituberculoase, nu este bine precizată și îndrumată* de forurile superioare și deci nu este just însușită nici de colectivul său.

Se mai consideră încă lupta antituberculoasă ca trebuind să pornească de sus în jos, cînd ea trebuie de fapt organizată de jos în sus. De aceea se dă toată atenția pregătirii academice curative și se lasă pe un plan mult inferior organizarea muncii de teren. De aceea ftiziologul raional se mărginește adesea la activitatea de staționar, neglijînd activitatea profilactică de teren, pentru efectuarea căreia nu are nici instrucțiuni practice și nici baza materială a efectuării ei. De aceea mulți tineri ftiziologi de la nivelul dispensarului se pregătesc în ce privește partea curativă sau scriu articole de cazuistică în specialitate, fără a fi ieșit pe teren vreodată pentru a-și îndeplini cel puțin o parte din sarcinile profilaxiei antituberculoase. Aceasta o fac și pentru că nu sînt bine orientați, dar și pentru că nu sînt ajutați în munca de teren, care nu le poate oferi o ascensiune în ierarhia profesională de specialitate.

2. *Deficiențe scriptice și organizatorice*

a) Planul complex al combaterii tuberculozei la nivelul dispensarului raional prevede la capitolul al IX-lea „Evidența și propaganda sanitară" iar la capitolul al X-lea și ultimul „Activitatea de teren". S-ar putea crede, aruncînd o privire asupra înșirării cronologice asupra celor *10* capitole ale planului complex dispensarial, că educația sanitară împreună cu cunoașterea și stăpînirea terenului fiind menționate la urmă, ar conta ca factori de mai puțină importanță față de depistările radiologice, biologice și bacteriologice, față de profilaxia specifică, întărirea rezistenței nespecifice, asistența medicală, activitatea antiepidemică și evidența tuberculozei extrapulmonare. Astfel, dispensarele noastre sînt tentate a se ocupa mai mult cu spitalizarea și tratamentul în staționar și internarea bolnavilor în sanatorii și alte instituții de specialitate și cu activitatea de fișier și statistică, neconsiderîndu-se deci ca strîns legate de teren, adică de sursa *de infecție,* ci ca punct intermediar între bolnavii care sosesc aici și sanatoriile în care trebuie să interneze o parte din ei. După părerea noastră însă, numai împletirea strînsă între educația sanitară cu activitatea de teren, judicios organizate în timp și spațiu, impun ritmul îndeplinirii celorlalte puncte din planul complex.

b) *Deficiența raportului statistic* face de asemenea a nu se da importanța cuvenită activității de teren. În adevăr, raportul de activitate statistic pe anul 1952—1953 nu obligă pe ftiziologul raional a se deplasa pe teren pentru motivele următoare: În capitolul I „Consultații și tratamente" nu pot intra și consultațiile de pe teren, deoarece, pe baza directivelor, statisticienii susțin că nu poate fi considerată consultație numai cea clinică efectuată la domiciliu, dacă nu e completată de examenul radioscopic. Dacă medicul își cunoaște misiunea sa, mergînd totuși pe teren și efectuînd o muncă mult mai obositoare decît cea de la dispensar, pentru a examina bolnavii și contacții — deoarece călătorește adesea pe jos prin arșița verii, intemperii, noroaie sau prin gerul iernii, făcînd de exemplu de la circumscripția Ohaba și Roșia pînă la Sebeș peste 30 km, sau de la Lunca Cernii pînă la Hațeg peste 50 km pe drumuri greu practicabile — el nu are unde înregistra munca sa nici măcar sub titlul de

vizită la domiciliu, deoarece acest fel de muncă este trecut în capitolul al II-lea al raportului de activitate sub denumirea de „Activitate a personalului mediu", așa că munca medicului trebuie trecută în seama surorii de ocrotire.

In ce privește înregistrarea muncii de teren a medicului ftiziolog în raportul statistic tip 1954, aceasta nu se mai poate face de loc: nu există rubrică de înregistrare nici pentru activitatea de teren a personalului mediu.

Din punct de vedere al raportului statistic al circumscripțiilor, acesta nu are rubrică pentru dezinfecțiile în focar încît deși unii le fac, nu le raportează, deși noi le-am cerut. Aceste lipsuri ale organelor directive se reflectă în eficiența muncii organelor curativo-profilactice de pe teren.

c) *Lipsa indicelui de teren* din sarcinile dispensarului de tuberculoză raional este o deficiență importantă, consecință a celor arătate mai sus. Credem că în rîndul diferiților indici de plan și de eficiența, cu care de fapt se află în legătură cauzală toți ceilalți indici ai activității antituberculoase, indicele de teren ar avea un rol preponderent, căci dacă mijloacele în personal și material e normal să vină de sus în jos, activitatea antituberculoasă, cu tot arsenalul ei organizatoric, trebuie să pornească de jos în sus, adică de la teren, unde se află adevăratul front de luptă cu principalul inamic a cărui desființare o scontăm: *contagiunea.*

Acest indice, organele directoare ale Ministerului și Institutului de ftiziologie l-ar putea formula în raport cu distanțele de la dispensar la diferitele localități, cu asperitățile și întinderea terenului, cu numărul bolnavilor, contacților și suspecților vizitați și în plus în raport cu educația sanitară: conferințe, lecții și instructaje, convorbiri organizate, efectuate în timp și spațiu pe teritoriu. Este adevărat că planul complex al acțiunii antituberculoase prevede că fiecare circumscripție trebuie vizitată cel puțin o dată pe trimestru și că se vor face „sondaje", la bolnavii de tuberculoză de pe teritoriu. Dar această activitate, dacă se referă numai la sondaje și nu la o acțiune masivă, nu poate avea pentru noi decît o valoare informativă relativă, care nu se poate confunda cu o cunoaștere perfectă a terenului, ceea ce permite a se trage concluzii juste și a se lua măsurile cele mai potrivite pentru combaterea contagiunii.

Nicăieri ca în activitatea de teren nu putem realiza cooperarea între rețele. Nicăieri decît în fața realităților de pe teren, nu putem să utilizăm mai just sprijinul organelor puterii de Stat și a organizațiilor de masă, la acestea din urmă rolul principal avîndu-l organizațiile de Cruce Roșie, sindicale, de U.T.M., etc., cum și alte instituții ca: școlile, corpul didactic, apoi întreprinderile, fabricile, sectorul socialist din agricultură etc.

Activitatea de teren, împletită cu educația și propaganda sanitară, dă ftiziologului raional indicii prețioase pentru modul cum trebuie îndrumate și efectuate toate celelalte munci ale dispensarului prevăzute în planul complex drept probleme de bază, ca: depistările radiologice, biologice și bacteriologice, profilaxia specifică și nespecifică, activitatea antiepidemică cum și activitatea curativă, în măsură a ridica calificarea personalului medical și mediu de la dispensar și circumscripții și a asigura continuitatea în timp și spațiu a luptei contra tuberculozei.

3. *Lipsa ftiziologului raional,* în legătură cu probleme care ne preocupă, constă în general în aceea că de cele mai multe ori se lasă

tentat a efectua numai munca de staționar, ea fiind oarecum mai comodă decît cea de teren. Astfel, el are adesea o atitudine pasivă față de cele ce se petrec pe teritoriu și execută sarcinile de la nivelul incintei dispensarului, fără a-și organiza activitatea în toate direcțiile. Activează deci pe o mică suprafață, ca într-un spital oarecare, interesîndu-l cel mult orașul de reședință, sau activează într-un singur punct de pe teren (incinta), așa cum lucrează medicul de sanatoriu, care-și mărginește activitatea între cei patru pereți ai clădirii sanatoriale, fără a putea cunoaște astfel mersul endemiei tuberculoase în toate localitățile raionale și fără a putea urmări bolnavii și contacții lor, cu modul lor de viață și de muncă și, în consecință, fără a putea lua măsurile cele mai juste de la caz la caz. Or, este de la sine înțeles că singur ftiziologul raional și colectivul său de la dispensar ar fi departe de a putea realiza profilaxia antituberculoasă, fără mobilizarea și impulsionarea tuturor factorilor, responsabili direct sau indirect de sănătatea poporului, și în ultimă analiză de a putea convinge pe fiecare om al muncii de complexitatea măsurilor ce trebuie luate pentru jugularea endemiei tuberculoase.

Iată deci importanța indicelui de teren, fără care munca de la nivelul dispensarului este fără orizont. Medicul de dispensar duce în acest caz lupta contra tuberculozei stînd cu spatele spre inamicul principal, care este contagiunea, ca și cum ar fi legat la ochi. Așteaptă deci să-i vină bolnavii la dispensar, realizînd, din punct de vedere practic, mai mult o activitate curativă și de fișier și mai puțin una preventivă, adică de prevenire a bolii. Se adresează deci nu cauzei, ci efectului bolii.

4. Lipsa bazei materiale de lucru ar fi iarăși o cauză a nereușitei activității pe teren. Aceasta, atît din cauza slabei dotări cu personal a dispensarului de tuberculoză, mai ales cînd e vorba de raioane agricole întinse, cît și din cauza unor lipsuri și greutăți de transport.

Lipsa materialului de protecție este un impediment destul de important, dacă ne gîndim la raioane mult întinse și accidentate, cu cîte 12—14 circumscripții, cum este cazul raioanelor Hațeg și Sebeș. E greu a străbate zile întregi terenul fără pelerină și mai ales fără încălțăminte potrivită. Ar trebui ca personalul de teren să fie dotat cu echipamentul necesar pentru deplasările pe teren.

II.

Ce ne oferă activitatea de teren

1. *Educarea maselor populare* ca mijloc preventiv al combaterii tuberculozei. Aci, pe lîngă că trebuie să ne adresăm organizațiilor de masă, organelor puterii de stat și tuturor instituțiilor, e bine să ne bizuim în mare măsură și pe atragerea, în sprijinul muncii noastre, a corpului didactic, unitate bine închegată și bună cunoscătoare a situației sociale și economice a bolnavilor din localitatea respectivă și care are sub control tot timpul anului copiii și tineretul care pot primi la nivelul școlii deprinderi serioase de igienă și profilaxie, ce pot fi înrădăcinate și acasă în familii. Nu trebuie să uităm cursurile G.P.A.S. și F.G.P.A.S. precum și cursurile sătești cu adulții, ce trebuie să se desfășoare la nivelul circumscripțiilor.

Dăm două exemple simple de deprinderi care pot fi introduse la școală, pentru a putea fi transmise și acasă :

a) în fiecare clasă, folosirea scuipătoarei ;

b) în fiecare clasă să existe pe un scaun : lighean, prosop, săpun, iar alături o cană mai mare cu apă, astfel încît copiii să se poată spăla pe mîini, ajutîndu-se unul pe altul, cînd vin din recreație și înainte de a pleca la masă.

Dăm două exemple care trebuie combătute prin toate mijloacele, atît la copii cît și la adulți, ele avînd o importanță covîrșitoare în ce privește contagiunea și începutul ftiziei :

a) La ocazii ca : nunți, botezuri, praznice, lucru în comun la cîmp și în familie, mulți din țăranii noștri mănîncă cîte 5—6 persoane dintr-o farfurie, blid sau strachină. În aceleași ocazii beau mai mulți din același vas, ulcior sau pahar. Din tradiționala ploscă pot bea 20—30 persoane. Aceste exemple sînt motive serioase de contagiune.

b) Vara și chiar toamna, obosiți și transpirați, oamenii se culcă la umbră pe iarbă sau pămînt umed, putînd contracta congestii pleuro-pulmonare în măsură a declanșa o tuberculoză incipientă, care fără acest incident nu ar fi apărut. Același lucru se întîmplă cînd, în situații similare, oamenii beau cantități apreciabile de apă rece. Noi cunoaștem numeroase cazuri de îmbolnăvire din cauzele sus-arătate. Ele se întîmplă mai ales în mediul rural și trebuie combătute pretutindeni, prin toate mijloacele, în cadrul educației culturale și sanitare.

2. *Educația bolnavilor și contacților tuberculoși.* Se poate face o educație susținută a bolnavilor la nivelul staționarelor, spitalelor, sanatoriilor etc. Dar adevărata educație și propagandă sanitară, care poate da rezultate practice, este aceea efectuată la locul de viață și de muncă al bolnavilor și contacților, adică în cadrul activității de teren, unde se pot da sfaturi și se pot lua măsuri de la caz la caz. Ceea ce se spune teoretic, bolnavul poate uita. Ceea ce se arată, insistîndu-se la fața locului asupra tuturor punctelor și pentru fiecare din ele în parte, nu se uită ci se aplică, mai ales dacă mai trecem pe acolo. Pe lîngă că avem bolnavi cu stări sociale și economice diferite și deci cu posibilități diferite, avem și bolnavi în diferite stadii de boală și trăind într-un mediu familial diferit. Problema contacților are un rol foarte important și trebuie pus accentul asupra ei, mai ales cînd e vorba de copii sub 5 ani. În toate aceste cazuri trebuie să luăm măsurile potrivite, după posibilități și după nivelul cultural și sanitar al bolnavilor și al mediului înconjurător, ceea ce nu se poate face fără cunoașterea realităților locale.

Am putut constata că vizita medicului ftiziolog la locuința bolnavului ridică moralul acestuia și încrederea în medic, chiar și sub forma obligației ce se simte dator să și-o ia de a executa de bună voie sfatul medicului, care s-a obosit pentru a veni la el, într-un sat îndepărtat, să-i calce pragul casei. În foarte multe cazuri, mai mult ca orice teorie care nu poate fi memorată de bolnavi, legătura sufletească dintre medic și pacient rezolvă problema profilaxiei și a tratamentului în lumina învățăturii pavloviste.

3. *Educația și pregătirea profesională* a medicului ftiziolog și a personalului medical și mediu de pe teren (circumscripție).

La consultațiile din incintă, atît medicul ftiziolog, cît și medicul de circumscripție văd pur și simplu bolnavul, izolat de mediul lui de trai și

de muncă, ceea ce din punct de vedere profilactic nu are prea mare valoare.

In schimb, vizitele la domiciliu sau la locul de muncă dau indicii prețioase din punct de vedere profilactic și epidemiologic, iar medicul poate cîștiga mult chiar și de la omul cel mai simplu cînd îl cunoaște legat de locul său de viață. Din felul cum se prezintă bolnavii dintr-o localitate în diferitele stadii de boală, în mediul fizic respectiv, medicul ftiziolog poate dirija, pe raion, ritmul tuturor muncilor sale de dispensar, după cum poate verifica în ce măsură colectivul circumscripțiilor își îndeplinește sarcinile în problema tuberculozei ; iar din colaborarea cu medicii de circumscripție la nivelul terenului și la nivelul dispensarului, ambele colective au de cîștigat, prin schimbul de experiență.

4. *Verificarea bolnavilor de tuberculoză,* adică controlul concordanței datelor scriptelor statistice de la dispensar cu cele de la circumscripție, cît și felul cum acestea oglindesc realitatea existenței bolnavilor pe teren, este iarăși o parte importantă, mai ales în ce privește bolnavii extrapulmonari pe care uneori îi putem găsi pe teren, fără să-i avem în evidență la dispensar.

Insăși cercetarea mortalității, care ar fi cel mai sigur indice al morbidității și letalității într-un anumit timp și loc, ne poate aduce uneori surprize, în sensul că deși decedații trebuie anunțați dispensarului de către circumscripție, mergînd pe teren și căutînd anumiți bolnavi putem constata că au decedat cu luni sau ani în urmă, deși ei figurează în fișierul dispensarului și chiar în scriptele circumscripției ca bolnavi, fără să fie scoși din evidență. Aceste constatări le-am putut face în anii 1952, 1953, 1954 la raioanele Hațeg și Sebeș, ceea ce ne arată o dată mai mult valoarea cunoașterii terenului, chiar și în ce privește activitatea de fișier, care ar părea că se rezolvă numai în incinta dispensarului.

5. *Verificarea depistărilor biologice,* a virajului tuberculinei cît și verificarea vaccinărilor și revaccinărilor B.C.G. cu importanța lor în ce privește indicarea mersului endemiei de tuberculoză la circumscripții, deasemenea nu pot fi concepute fără activitate de teren.

III.

Tehnica activității de teren

In lumina celor mai sus expuse, noi vedem legătura dispensarului de tuberculoză cu terenul ca trebuind să se efectueze de jos în sus, prin medicul de circumscripție și colectivul său, ajutat de noi, iar de sus în jos prin medicul ftiziolog și personalul mediu de ocrotire, către circumscripție și teren. In principiu, mijloacele tehnice în personal și material vin de sus în jos, iar efectuarea muncii antiepidemice și profilactico-curative trebuie să se efectueze de jos în sus. Sau, mai concret, lupta pentru combaterea tuberculozei trebuie să înceapă de la nivelul terenului în sus.

Un element ajutător pentru cunoașterea terenului din partea dispensarului de tuberculoză raional este folosirea schițelor pe localități și circumscripții într-un caiet în dublu exemplar : unul pentru circumscripție și altul pentru dispensar, caiet în care sînt trecute arterele de comunicație din localitate cu puncte de reper de pe teren ca : fîntîni, școli, sfat popu-

lar, etc. De-a lungul străzilor, de la un cap la altul al localității vor fi trecute în ordine numai casele bolnavilor tuberculoși cu numărul respectiv. Pe paginile următoare vor fi trecute, la numerele respective, numele fiecărui bolnav, urmat de acelea ale contacților săi. În felul acesta medicul ftiziolog sau personalul de ocrotire poate cerceta și singur localitatea respectivă.

Ca legătură a dispensarului cu bolnavii, noi am uzat de o serie de sfaturi pe care le-am dat și care constituie obligații din partea bolnavilor, sub forma unei stampile ce se aplică pe contrapagina buletinului medical, conținînd instrucțiuni de igienă și profilaxie individuală, colectivă și privind locuința etc. Astfel, bolnavul nu mai poate prezenta scuza că nu i s-a spus sau că a uitat ce i s-a spus. Aceste instrucțiuni pot fi și tipărite, apoi distribuite bolnavilor pentru a le păstra și executa.

Privitor la tehnica muncii de teren propriu-zisă pentru scontarea unui rezultat pozitiv trebuie să avem în vedere următoarele:

a) În timpul verii e preferabil să sosim în localitate înainte de răsăritul soarelui sau o dată cu înserarea, în zilele lucrătoare, pentru vizitarea bolnavilor la domiciliu, deoarece, în afară de cei gravi, pe ceilalți nu-i găsim acasă. În restul zilei putem vizita organizațiile de masă, organele puterii de stat, internate, sectorul socialist al agriculturii și alte instituții. Vizitînd școlile vom ține lecții și vom cerceta nivelul sanitar al elevilor.

b) La sosirea în localitate, dacă nu posedăm schița și nu sîntem însoțiți de cineva de la circumscripție, ne informăm de modul cum sînt înșirate locuințele bolnavilor și luăm localitatea de la un cap la altul, pentru a nu pierde timpul cu investigații de du-te-vino de la un bolnav la altul.

c) Cercetarea muncitorilor din fabrici, uzine, șantiere, întreprinderi, G.A.S., G.A.C. etc., atît acasă, cît și la locul de muncă, este ceva mai ușoară, aceștia fiind organizați și avînd un nivel politic și sanitar mai ridicat.

IV.

Concluzii și propuneri

Din cele de mai sus am putea trage concluziile și propunerile următoare:

1. Planul de muncă și organizarea efectuării lui trebuie să pornească de la nivelul terenului în sus iar nu de la cel al dispensarului — încintă în sus, iar ca punct și ghid de plecare al acestei munci, pentru toți ceilalți indici de plan și de eficiență, trebuie să se înființeze *indicele de teren,* la nivelul dispensarului de tuberculoză raional profilacticul prevalînd asupra curativului și fiind întărită, mai ales în personal, această verigă de bază a armamentului antituberculos.

2. Să se desființeze bariera dintre dinspensar și sanatoriu prin instituirea schimbului de experiențe, în așa fel ca tinerii medici de la cele două eșaloane să facă serviciul, cel puțin o lună pe an unii în locul altora, pentru a cunoaște specificul muncii la aceste niveluri.

3. Să fie sprijinită și emulată munca de teren, ea fiind mai anevoiasă dar dînd cele mai bune rezultate, pentru că ea combate nu numai efectul dar și cauza endemiei tuberculoase, contagiunea.

Intrat în redacție în noiembrie 1954.

Работа на местах — решающий фактор в деле борьбы с туберкулезом

Деятельность на местах имеет решаюшую роль в борьбе с туберкулезом, так как ее целью является воздействие на причину болезни, т. е, на заразное начало, а не только на ее эффект. Районный туберкулезный диспансер, в котором должно преобладать профилактическое наравление, не вполне удовлетворяет в наетояшее время этим требованиям; в то же время ему не оказывается достаточная помошь врачебными участками, вышележащими руководяшими органами, санаториями,—поскольку врачебные участки, туберкулезные диспансеры и санатории не работают совместно, а интересуются каждый только своим сектором деятельности.

Для исправления этих недостатков, в основе которых лежат организационные и формальные причины, автор полагает, что противотуберкулезная деятельность должна начинаться снизу вверх на основании выработки и внедрения „местного показателя", который должен стать центральным фактором среди других показателей районного туберкулезного диспансера и от которого зависит правильное выполнение других задач диспансера.

Необходимо тесное сотрудничество диспансеров, санаториев, врачебных участков, обмен опытом, поддержка работы на местах.

★

L'activité sur le terrain, facteur déterminant dans la lutte contre la tuberculose

L'activité sur le terrain a un rôle déterminant dans la lutte contre la tuberculose, car elle s'adresse directement à la cause de la maladie et non pas seulement, à son effet. Le dispensaire antituberculeux de rayon, échelon de base de l'organisation sanitaire antituberculeuse, dans l'activité duquel le côté prophylactique doit etre dominant, ne remplit pas actuellement cette mission d'une façon satisfaisante; il n'est aidé ni par les circonscriptions, ni par les organes de direction et les sanatoria; les circonscriptions, les dispensaires antituberculeux et les sanatoria ne collaborent pas harmonieusement; chacun de ces organes travaille pour son propre compte .

Afin de supprimer ces déficiences, dues à des causes bureaucratiques ou d'organisation, l'auteur estime que l'activité antituberculeuse doit commencer par l'organisation du premier échelon et qu'elle doit se poursuivre jusqu'aux échelons supérieurs, ayant pour base l'introduction et l'application de *l'indice de terrain,* facteur central parmi les autres indices des attributions du dispensaire antituberculeux rayonnal, dont dépendra l'accomplissement rationnel des autres attributions du dispensaire.

Une étroite collaboration s'impose entre l'activité sur le terrain, le dispensaire et le sanatorium par l'échange d'expérience des médecins travaillant dans chacun de ces échelons.

Expertiza medicală a capacităţii de muncă în silicoză şi silicotuberculoză

Prof. L. Daniello, dr. C. Anastasatu, dr. V. Lucaciu
(Institutul de ftiziologie, filiala Cluj)

In cele ce urmează ne-am propus să tratăm un aspect din problema silicozei care, deşi poate fi considerat ca cel mai strîns legat de latura practică a acestei boli profesionale, a fost de fapt cel mai puţin studiat pînă acuma, anume: expertiza medicală a capacităţii de muncă în silicoză şi silicotuberculoză.

Expertiza capacităţii de muncă în genere, ca disciplină medicală nouă, apărută şi dezvoltată sub influenţa medicinei sovietice, constituie

la noi o preocupare de dată recentă, pe care mulți nici nu o privesc încă cu atenția cuvenită. Dacă în domeniul celorlalte boli interne și chirurgicale problemele expertizei au fost relativ ușor de soluționat, pe baza experienței și materialului faptic deja existent, în privința silicozei și silicotuberculozei lucrurile au suferit o oarecare întîrziere. Se știe prea bine că din lipsa de interes a medicinei burgheze pentru boli profesionale care implicau o anumită răspundere din partea exploatatorilor de mine, silicoza a început să fie studiată la noi în mod științific abia în 1949, prin cercetările colectivului din Cluj, în colaborare cu rețeaua sanitară din regiunea Baia Mare. În anii următori a fost necesar să se cerceteze în primul rînd aspectele clinice și radiologice, diagnosticul, etio-patogenia și profilaxia bolii și numai după aceea s-a putut trece la problemele practice ale expertizei.

Pentru studiul acestora filiala Cluj a Institutului de ftiziologie a întreprins în toamna 1954 cercetări speciale, deosebite de cele anterioare. Am studiat mai întîi pe un număr de 132 de cazuri alterările funcției respiratorii în silicoză și silicotuberculoză și posibilitățile de apreciere a capacității de muncă pe baza examenului funcțional complex, după metoda spirografiei în circuit închis. În acest scop am utilizat aparatura tip Knipping-Artînov, de construcție proprie, cu ajutorul căreia am determinat în fiecare caz o serie de 20 de indici ai funcției respiratorii în repaus, în cursul unui efort standard și în perioada de revenire. Paralel am efectuat în toate cazurile un examen complet clinic și radiologic. Am cercetat apoi un număr de 168 de dosare, cu o bogată documentație, ale pensionarilor cu silicoză și silicotuberculoză din evidența Secției de prevederi sociale a Sfatului popular din Baia Mare, executînd în numeroase cazuri radiografii de control și examinări funcționale complexe.

Am putut să ne dăm seama cu acest prilej de influența pozitivă reală pe care au avut-o cercetările științifice din domeniul silicozei asupra activității practice a rețelei sanitare din regiunea Baia Mare, care astăzi înțelege și rezolvă problemele silicozei la un nivel incomparabil superior celui din 1950. Totodată am putut constata, îndeosebi în materie de expertiză, și unele lipsuri pe care le vom analiza în cursul expunerii.

Înainte de a intra în subiect socotim util să reamintim principiile de bază ale expertizei capacității de muncă în silicoză și silicotuberculoză, valabile la ora actuală în țara noastră, deoarece ele se deosebesc profund de vechile principii dinainte de 23 august 1944, aflate în uz și astăzi în țările capitaliste. În primul rînd, pe cînd în țările burghezo-capitaliste din apus expertiza medicală a capacității de muncă în silicoză este lăsată în seama unei comisii medicale aflate în slujba proprietarilor de mine, deci străine de interesele muncitorilor, în U.R.S.S. și la noi problema expertizei, ca toate celelalte probleme sanitare, constituie o preocupare a statului de democrație populară, adică a oamenilor muncii înșiși, interesați de justa ei soluționare.

În al doilea rînd, în vreme ce în apus E.M.C.M. este fondată pe concepția burgheză despre muncă, considerată ca o „povară a vieții" (cum de fapt și este acolo), la noi expertiza pleacă de la concepția socialistă asupra muncii privită ca o „necesitate naturală" și ca un drept asigurat prin constituție, ceea ce comportă și o nouă atitudine față de muncă, cu importante consecințe practice.

În fine E.M.C.M. se bazează la noi pe faptul bine stabilit că silicoza

de toate gradele și cu toate complicațiile ei constituie *o boală profesională*, adică o boală contractată din cauza noxelor legate de îndeplinirea anumitor profesii și care dă dreptul la avantaje din punctul de vedere al expertizei. Acest lucru, care nouă ni se pare foarte natural, se află încă în discuție în multe din țările capitaliste. In Germania de apus spre exemplu, silicozele sînt împărțite în două categorii: silicoze grave (în care intră de obicei silicoza III și silicotuberculoza), care dau dreptul la indemnizații speciale, și silicoze ușoare, care nu dau nici un drept de indemnizație. In Franța, cum arată prof. Martinkovski, sînt autori care consideră că silicoza nici nu ar exista ca boală profesională de sine stătătoare ci ar fi doar un aspect particular al tuberculozei minerilor, cauzat de praful de SiO_2. In unele țări din apus, recunoașterea caracterului de boală profesională al silicozei este lăsată în seama proprietarilor de mine, care suportă și „reparațiile" și care bineînțeles au tot interesul să se lase cît mai greu în această recunoaștere. Citățm un singur exemplu, suficient de elocvent. Ftiziologul francez de bună credință Roger Even, fiind pus în situația să facă expertiza capacității de muncă a minerilor polonezi îmbolnăviți de silicoză în minele capitaliștilor francezi și cerînd de la aceștia recunoașterea caracterului profesional al bolii, constată cu amărăciune că: „exploatanții n-au precizat dacă minerii au fost expuși riscurilor silicozei sau, împotriva oricărei evidențe, au negat această expunere și, conform legilor, acești sărmani nenorociți vor trebui să facă singuri dovada că au fost expuși riscurilor. Cei mai mulți nu vor putea face această dovadă și totuși pentru asta ei nu vor fi mai puțin bolnavi de silicoză".

★

E.M.C.M. în silicoză și silicotuberculoză comportă trei operații principale:

1. diagnosticul silicozei, al complicațiilor și asociațiilor sale;
2. stabilirea capacității de muncă și încadrarea în grade de invaliditate;
3. stabilirea indicației de scoatere din munca cu praf și de reîncadrare în altă muncă.

Le vom analiza pe rînd pe fiecare:

1. *Diagnosticul silicozei și silicotuberculozei*

In materie de E.M.C.M. problema diagnosticului silicozei se pune în termeni mai simpli decît în cazul unei cercetări științifice. In practică, nu avem posibilitatea să facem toate investigațiile indicate în literatură ci trebuie să ne limităm la cîteva examinări esențiale: anamneza, examenul clinic general, examenul radiografic și examenul funcțional. In anumite cazuri sînt necesare și unele examinări de laborator.

Anamneza sub aspect profesional trebuie să cuprindă o descriere concisă a „rutei profesionale" și a condițiilor de muncă cu precizarea timpului, intensității și formei de expunere la praful de SiO_2. Stabilirea diagnosticului de silicoză nu se poate face în lipsa unui stagiu adecvat de expunere la praf. Pentru minele din Baia Mare timpul mediu de apariție a silicozei este de 10—15 ani de muncă subterană. Există însă numeroase cazuri de apariție mai precoce, după 3—5 ani. In cazuistica

cercetată de noi 18,4% din cazuri au ajuns la invaliditate în mai puțin de 10 ani, atît din cauza condițiilor speciale de expunere la praf, cît și a unei reactivități particulare a organismului. Și tuberculoza poate să accelereze apariția și evoluția unei silicoze. Spre exemplu în cazul M. Ch. 38 ani (Ds. nr. 2278), a lucrat ca vagonetar la Lupeni un an și tot ca vagonetar la altă mină doi ani, după care s-a constatat o silicotuberculoză II și a necesitat o încadrare în grupa II de invaliditate.

La perforatorii din tuneluri sau în anumite industrii, spre exemplu în fabricile de cărămidă refractară, silicoza apare în mod obișnuit după 2—3 ani și are o evoluție rapidă (Danielo și colab.).

Profesiile cele mai expuse în mină sînt cele de miner perforator, ajutor miner și vagonetar. Silicoza se poate întîlni însă și în alte îndeletniciri subterane, ca lăcătuș, mecanic, artificier, electrician, sau, cum am descoperit cu ocazia ultimei cercetări, și la lucrătorii de la cuptoarele Leiner, unde se curăță mașinile de perforat. Se poate întîlni și la suprafață, în special la antezdrobirea minereului sau la „moara țărănească" de bentonit și la moara de bicromat unde am descoperit, tot cu ocazia ultimei cercetări, cazuri de silicoză avansată.

Anamneza clinică are mai puțină însemnătate în diagnosticul silicozei. Ea ne ajută în schimb la biopatografia bolnavilor și la aprecierea destul de relativă a tipului de reactivitate.

Examenul clinic de ansamblu ne orientează asupra stării generale a silicoticilor și asupra altor afecțiuni asociate.

Pentru diagnosticul silicotuberculozei sînt importante în special unele semne de activitate bacilară, ca febra, tusea și expectorația, pierderea în greutate, fără a avea însă o valoare decisivă.

Simptomele subiective, totdeauna foarte numeroase, nu pot constitui elemente de expertiză, atît pentru că nu au nimic specific cît și pentru faptul că pot fi intenționat exagerate. Nici datele examenului fizic, de altfel foarte sărace, nu au nimic caracteristic pentru silicoză.

Examinările de bază și indispensabile în E.M.C.M. în silicoză sînt *radiografia* și *examenul funcțional.*

Cu 5—6 ani înainte se obișnuia să se pună sau să se excludă diagnosticul de silicoză numai pe baza examenului clinic și a unei simple radioscopii. Așa se explică numeroasele cazuri de „diagnostic retrospectiv" pe care le întîlnim în dosarele din anii 1948—1952. Citățm cazul F. St., 42 de ani (Ds. nr. 1868), cu 11 ani de muncă subterană, care în 1951 a fost pensionat pentru „sindrom miocardic compensat" ; în 1952 s-a prelungit pensionarea, cu același diagnostic, iar în 1953, făcîndu-i-se o radiografie, s-a constatat că prezenta de fapt o silicoză II, care bineînțeles nu putuse să apară între timp. La fel cazul C. A., 47 de ani (Ds. nr. 1278), cu 17 ani muncă subterană, care în 1950 a fost pensionat cu diagnosticul „miocardită cronică decompensată, bronșită cronică" ; în martie 1952 i s-a prelungit pensionarea cu același diagnostic, iar în decembrie același an s-a stabilit, pe radiografie, existența unei silicoze II, de asemenea tardiv diagnosticată. În amîndouă cazurile și în altele la fel, din lipsa unei radiografii, bolnavii respectivi au fost privați mai mulți ani de zile de avantajele pensionării pentru boală profesională.

Astăzi nu mai este admisibil să se pună sau să se excludă diagnosticul de silicoză fără efectuarea unei radiografii standard 35/35, corect executată. Sistemul folosit în unele locuri de a face doar radiografii par-

țiale 13/18 sau 18/24 nu este nici el recomandabil, deoarece duce la frecvente erori de interpretare. Așa se explică, în bună parte, numeroasele „diagnostice ondulante" pe care le găsim în practica C.M.E.C.M. Dăm *cîteva exemple* care nu sînt singurele:

Cazul *B. A.*, 35 de ani (Ds. nr. 1652), cu 22 de ani muncă subterană. În 1951 a fost pensionat cu diagnosticul de silicoză I, care în 1952 s-a schimbat în silicoză II; în 1953 s-a pus din nou diagnosticul de silicoză I, în 1954 a trecut din nou în silicoză II.

Cazul *V. L.*, 36 de ani (Ds. nr. 1643), 16 ani muncă subterană. A fost pensionat în 1950 cu diagnosticul de silicoză I, în 1951 a trecut în silicoză II, în 1952 în silicoză III, în 1953 din nou în silicoză II.

Cazul *M. P.*, 41 de ani (Ds. nr. 811), 16 ani muncă subterană. În 1949 diagnostic de silicoză II și încadrat în gradul al II-lea invaliditate. În 1953 s-a schimbat diagnosticul în silicoză I și a fost trecut în gradul al III-lea de invaliditate. Făcînd contestație a fost reexaminat la Dispensarul antituberculos unde s-a constatat silicoză II, trecînd din nou în gradul al II-lea de invaliditate. Trimițîndu-se cele două procese-verbale contradictorii la București, s-a constatat o „transparență pulmonară mai accentuată, discretă fibroză cîmpul mediu sting", deci nici un fel de silicoză.

Am citat aceste cazuri și pentru a arăta că în practică diagnosticul radiologic al silicozei întîmpină încă unele dificultăți mai ales în diferențierea unei silicoze de gradul I de alta de gradul al II-lea incipientă.

Deși nu este locul să ne ocupăm aici de aspectul radiologic al silicozei, credem necesar să subliniem cîteva date de orientare practică esențiale. După clasificarea morforadiologică acceptată astăzi pretutindeni:

Silicoza de gradul I se caracterizează prin prezența unei reticulații evidente cu nodulație discretă situată într-un teritoriu limitat, de regulă în 1/3 mijlocie a cîmpului pulmonar, uni- sau mai frecvent bilateral.

În practică se abuzează adeseori de diagnosticul de silicoză I, pe baza unui desen perihilar mai accentuat sau a unei reticulații discrete care se poate întîlni și într-un plămîn sănătos. Unii încadrează cazurile de acest fel sub denumirea de presilicoză, termen de nuanță fatalistă, fără un conținut real și menit să semene doar confuzii. Marținkovski este de părere că ele să fie socotite doar ca „suspecte de silicoză" și urmărite o bucată de vreme, pentru a vedea dacă diagnosticul se confirmă sau nu.

Silicoza de gradul al II-lea se caracterizează prin existența unei *nodulații* abundente cu reticulație mai discretă, localizată pe teritorii mai întinse, de obicei bilateral, mai accentuate în regiunile perihilare și respectînd uneori vîrfurile. Este adevărat că există mai multe grade de intensitate a nodulației și că diferențierea între o silicoză II incipientă și o silicoză I poate fi uneori extrem de dificilă. Oricum pentru a pune diagnosticul de silicoză II prezența unei nodulații extinse bilaterale, cel puțin în cazul silicozei din regiunea Baia Mare, este obligatorie.

Silicoza de gradul al III-lea este caracterizată în sfîrșit prin apariția imaginilor pseudotumorale mai mici sau mai mari, de obicei centrale, simetric bilaterale, destul de bine delimitate și persistente, pe fondul nodulației și al unei reticulații mai puțin exprimate, care rămîn pe al doilea plan. Silicoza III se întîlnește foarte rar sub formă pură (în cazuistica studiată 0,7%). Cel mai frecvent este asociată cu leziuni tuberculoase, chiar dacă nu se pun în evidență BK în spută.

Silicotuberculoza ca aspect radiologic se prezintă, fie ca o silicoză II, fie ca o silicoză III, cu leziuni infiltrative difuze, de obicei către vîrfuri sau cu imagini cavitare nete. Diagnosticul se precizează prin confruntare cu datele clinice și mai ales prin punerea în evidență a BK.

Acesta este în linii mari diagnosticul anatomo-radiologic.

Trebuie să subliniem însă că astăzi, în materie de E.M.C.M., diagnosticul *morfologic* al gradului de silicoză sau silicotuberculoză nu mai poate fi considerat ca satisfăcător, ci el trebuie completat în toate cazurile printr-un diagnostic *funcțional,* adică printr-o precizare a gradului de alterare a funcției respiratorii. În momentul de față această latură a E.M.C.M. este aproape complet neglijată. Faptul se datorește în mare parte unor condiții obiective. Totuși nici probele simple funcționale, bazate pe dinamica pulsului și a tensiunii după efort, sau pe o spirometrie simplă, nu sînt încă suficient utilizate.

Am vrea să atragem atenția în mod deosebit asupra greutății specifice hotărîtoare pe care ar trebui s-o aibă examenul funcțional, atît în diagnosticul, cît și în stabilirea gradului de invaliditate al silicoticilor.

În cercetările amintite noi am avut posibilitatea să ne convingem de acest lucru. Am putut constata, prin metode obiective, că în silicoză *funcția respiratorie* este mai mult sau mai puțin alterată într-o proporție impresionantă de cazuri, care crește de la 45,8% în silicoza I la 52% în silicoza II pînă la 81,8% în silicoza III și silicotuberculoză.

Noi am apreciat starea de insuficiență respiratorie în special pe baza deficitului de oxigen, a consumului de O_2 și a ventilației, pe minut în repaus, efort și revenire. Paralel am determinat însă și o serie de alte valori și coeficienți cum sînt capacitatea vitală, debitul maxim pe minut, coeficientul de utilizare a O_2, echivalentul ventilator, pulsul, tensiunea etc. Cu ajutorul lor am putut aprecia și gradul ca și mecanismul de compensare a insuficienței constatate.

Părerea noastră este că pentru a face un diagnostic funcțional corect în silicoză ar trebui introduse în practica C.M.E.C.M. *toate* aceste probe de explorare complexă, deoarece luate izolat ele nu au decît o valoare relativă, cu atît mai relativă cu cît ne bazăm pe mai puține dintre ele. Cum acest lucru nu se poate realiza imediat credem că ar trebui și ar putea fi introduse măcar probele de volumetrie și ventilometrie simplă cu ajutorul spirometrului Hutchinson și al unui gazometru de gaz metan, precum și proba revenirii pulsului și tensiunii după un efort standard.

În baza datelor anamnestice ale examenului clinic, radiologic și funcțional medicul expert trebuie să tindă la *formularea unui diagnostic complet morfo-funcțional,* care să cuprindă atît gradul de extensiune a leziunilor cît și tulburările funcționale respective.

Pe baza criteriului funcțional trebuie să distingem în cadrul fiecărei grupe de silicoză cel puțin două categorii de bolnavi: *fără* insuficiență respiratorie și *cu* insuficiență respiratorie, stabilind dacă este posibil și gradul de compensare sau decompensare a acesteia.

În mod practic între o silicoză I cu tulburări funcționale și o silicoză I fără tulburări funcționale există o mai mare deosebire decît între o silicoză I și o silicoză II.

Din punctul de vedere al E.M.C.M. diagnosticul de silicoză, în special I și II *fără altă specificare,* așa cum se face în prezent în majoritatea cazurilor, trebuie considerat de acum înainte ca o „jumătate de diagnostic", pe baza căruia expertiza riscă să facă importante erori de încadrare.

2. *Stabilirea capacității de muncă și gradului de invaliditate*

In momentul de față, în stabilirea gradului de invaliditate a bolnavilor de silicoză și silicotuberculoză nu există încă un punct de vedere unitar. Fiecare C.M.E.C.M. a ajuns, pe baze empirice, la o anumită conduită, uneori prea rigidă, alteori prea elastică, pe care o aplică cu mai multă sau mai puțină consecvență. Din analiza dosarelor C.M.E.M. din Baia Mare se constată că din totalul pensionaților 8 cazuri (4,8%) prezintă silicoză I, 109 (64,8%) silicoză II, 1 caz (0,7%) silicoză III și 50 cazuri (29,7%) silicotuberculoză. Din aceste date rezultă mai întîi că silicoza I ajunge la invaliditate într-o proporție foarte redusă, fie din cauza diagnosticului relativ tardiv, fie din cauza respingerii lor automate pe baza diagnosticului radiologic. Aceasta face ca proporția silicozelor de gradul al II-lea și a silicotuberculozelor să fie covîrșitoare, ceea ce arată că profilaxia sau împiedicarea transformării unei silicoze I în silicoză II și silicotuberculoză sau nu se realizează sau are o eficiență foarte redusă.

Din analiza încadrării în grupe de invaliditate rezultă mai departe că în grupa *I*, adică a celor cu capacitate de muncă total pierdută și în imposibilitate de a se îngriji singuri, sînt încadrați 4,1% — toți cu silicotuberculoză avansată. În grupa *II*, adică cu capacitatea de muncă total pierdută dar capabili de a se îngriji singuri, sînt încadrați 49,4%, ceea ce reprezintă un procent foarte ridicat și constituie încă un indiciu de diagnostic și soluționare tardivă a cazurilor. În fine procentul celor din grupa III, adică cu capacitate de muncă restantă, este de 46,5% deci mai mic decît al celor cu incapacitate totală, deși în cazul unei soluționări juste el ar trebui să reprezinte majoritatea cazurilor.

Lipsa unor criterii unitare de stabilire a gradului de invaliditate rezultă și din numeroasele cazuri de *alternanță* nemotivată a încadrării de la o expertiză la alta, ca și din deosebirile de încadrare în cazuri similare sau de încadrări similare în cazuri deosebite. Citām două exemple:

Boln. *T. C.*, 39 de ani (Ds. nr. 800), miner cu stagiu subteran de 13 ani. A fost pensionat în 1949 cu grupa III invaliditate pentru „boală mitrală și reumatism cronic". În 1951, făcîndu-se o radiografie, s-a descoperit o „silicoză II cu sindrom miocardic compensat și hipertensiune" și a fost trecut din nou în grupa III invaliditate, deși alte cazuri similare fuseseră încadrate în grupa II de invaliditate. După 2 ani a făcut o silicotuberculoză cu insuficiență respiratorie decompensată și a fost necesar să fie încadrat în grupa I invaliditate cu pronostic de boală și de muncă infaust.

Boln. *B. A.*, 35 de ani (Ds. nr. 1652), șef de echipă, cu stagiu subteran de 22 de ani. A fost pensionat în 1951 în grupa III invaliditate pentru „silicoză I, scleroză hilară, emfizem, bronșită cronică". În 1952 s-a schimbat diagnosticul în silicoză II rămînînd încadrarea în gradul al III-lea de invaliditate. În 1953 a rămas încadrarea în gradul al III-lea de invaliditate dar s-a schimbat din nou diagnosticul „silicoză I cu sindrom cardio-pulmonar compensat". În 1954 s-a schimbat și diagnosticul și încadrarea în silicoză II cu miocardită cronică compensată și grupa a II-a de invaliditate.

În ambele cazuri este vorba nu de schimbarea bolii în baza unei evoluții naturale ci de schimbarea comisiilor și a criteriilor de apreciere. Care sînt aceste criterii?

În baza constatărilor și experienței de pînă acum, atît a noastră cît și a C.M.E.C.M. pe care le-am anchetat, sîntem de părere (împreună cu Marținkovski) că nu se poate preciza o anumită conduită rigidă de stabilire a gradului de invaliditate în funcție de gradul de silicoză și că în practică trebuie procedat de la caz la caz, ținînd seama de principiile generale ale expertizei, de diagnosticul morfo-funcțional și de o serie de condiții speciale.

Criteriul cel mai important al stabilirii grupei de invaliditate îl constituie *diagnosticul funcțional și aprecierea pe baze funcționale* a capacității de adaptare la muncă. Examenul funcțional după metoda Knipping, prin ergometrie și spirografie în circuit închis, ne dă posibilitatea să apreciem cantitativ capacitatea de efort după intensitatea minimă a efortului la care apare un deficit de oxigen. Bolnavul este pus să facă eforturi progresive de 40—150 wați/sec., adică eforturi care necesită respectiv un consum de 500 pînă la 1500 ml O_2 pe minut și se înregistrează deficitul de O_2 prin respirație alternativă în aer atmosferic și în atmosferă îmbogățită de O_2. Momentul în care apare deficitul de O_2, adică consumul de O_2 în atmosferă îmbogățită este mai mare decît în aer atmosferic, reprezintă limita capacității de adaptare la efort. Se consideră în genere că apariția unui deficit de O_2 pentru un efort de 40 wați/sec., adică un efort echivalent cu cel executat de noi (ridicarea unei greutăți de 5 kg la 60 cm cca, de 16 ori pe minut) denotă o pierdere de 100% a capacității de muncă, deficitul de O_2 la 90 wați/sec., o pierdere de 70% și la 120 wați/sec., o pierdere de 60%. Indivizii care pot executa un efort de 150 wați/sec. fără să apară deficit de O_2 sînt considerați ca avînd o capacitate de muncă păstrată. Înseamnă că funcția lor respiratorie este capabilă să asigure consumuri de O_2 pînă la 1 500—2 000 ml pe minut, ceea ce corespunde, după Benetato și colab., nevoilor de O_2 ale vagonetarilor sau ale perforatorilor din mină.

Din păcate metoda ergometriei după Knipping nu poate fi introdusă deocamdată în practica C.M.E.C.M. din lipsa aparaturii necesare. Aprecierea capacității de efort trebuie făcută după comportarea bolnavului în raport cu proba de efort standard executată. Practic se poate considera că un silicotic la care după o probă de efort moderat (spre exemplu urcarea și coborîrea pe un scăunel de 25 cm, timp de 3 minute de 16 ori pe minut) apar semne nete de insuficiență respiratorie: hiperventilație, revenire întîrziată a pulsului, tensiunii și respirației, după 6—7 minute prezintă o incapacitate parțială de muncă. Un silicotic care nici nu poate executa efortul timp de 3 minute din cauza fenomenelor de anoxemie prezintă o incapacitate totală de muncă. În sfîrșit, cel care execută proba fără tulburări funcționale evidente poate fi considerat capabil de muncă pentru eforturi care nu necesită consumuri mai mari de 1 000 ml pe minut.

În ce privește *stabilirea grupei de invaliditate* punctul nostru de vedere poate fi rezumat în modul următor: Silicoza I fără tulburări funcționale nu dă în genere nici un fel de invaliditate. Silicoza I cu tulburări funcționale determină o limitare parțială a capacității de muncă, deci este susceptibilă de o încadrare în grupa a III-a de invaliditate. Silicoza II fără tulburări funcționale dă de asemenea o invaliditate parțială și poate fi încadrată în grupa a III-a de invaliditate. Silicoza II cu tulburări funcționale, silicoza III și silicotuberculoza duc la limitarea totală sau cvasi

totală a capacității de muncă și trebuie încadrate în grupa a II-a de invaliditate. În grupa I de invaliditate nu sînt încadrate decît cazurile decompensate, în faza preterminală.

Alt factor de care trebuie să ținem cont în stabilirea gradului de invaliditate este existența *afecțiunilor asociate* în strînsă legătură cu silicoza cum sînt: emfizemul și „astmul silicotic", sindromele cardio-pulmonare etc. sau *fără* legătură directă ca: boala ulceroasă, boala reumatismală etc. Acestea se întîlnesc într-o proporție destul de ridicată în 60—70% a cazurilor și pot să modifice grupa de invaliditate. Un caz de silicoză II cu boală ulceroasă în faza dureroasă este susceptibil de o încadrare în grupa a II-a de invaliditate, chiar dacă nu prezintă semne evidente de insuficiență respiratorie. Medicul expert trebuie să privească organismul în întregime cu toate suferințele lui, nu numai prezența silicozei. Uneori celelalte afecțiuni, spre exemplu o cardiopatie decompensată, sînt chiar mai importante decît silicoza, care rămîne pe planul al doilea.

3. *Scoaterea din munca cu praf și organizarea muncii*

Întrebarea cea mai importantă care se pune medicului expert în strînsă legătură cu stabilirea grupei de invaliditate a bolnavilor de silicoză și silicotuberculoză este aceea *asupra indicației de scoatere din munca cu praf* și de reîncadrare într-o altă muncă.

Părerile autorilor sînt și în această privință foarte diferite. Unii susțin că toți silicoticii fără deosebire trebuie scoși din munca cu praf și plasați, după caz, în muncă de suprafață. Acest punct de vedere întîmpină însă dificultatea că cei mai mulți posedă o calificare specială pentru munci subterane și scoaterea lor la suprafață fără discriminare ar duce, pe de o parte, la scăderea calificării și a salariului, iar pe de alta, la dezorganizarea producției.

Alții consideră că numai cazurile de silicoză I trebuie scoase din munca cu praf pentru a opri evoluția bolii, pe cită vreme bolnavii de silicoză II pot rămîne în continuare în munca cu praf cît timp sînt capabili de muncă, deoarece și dacă sînt scoși la suprafață evoluția bolii nu mai poate fi oprită. În lumina principiilor E.M.C.M. și a studiului evoluției silicozei și această părere ni se pare nesatisfăcătoare. Mai întîi că nu este obligatoriu ca o silicoză II să se transforme în silicoză III chiar dacă se întrerupe contactul cu praful de SiO_2. Cunoaștem numeroase cazuri pensionate cu 6—7 ani înainte pentru silicoză II la care boala se menține și în prezent cu același aspect, fără să se fi produs apariția semnelor de silicoză III. În al doilea rînd, chiar dacă admitem că boala progresează și după întreruperea contactului cu praful, trebuie să recunoaștem că această progresiune este cu mult mai lentă decît în cazul cînd bolnavul continuă să inhaleze praful ca și înainte.

Există în sfîrșit și a treia părere, care ni se pare la fel de eronată, după care cazurile de silicoză II sînt cele care trebuie scoase din munca cu praf, pe cînd cele cu silicoza I, în genere cu capacitatea de muncă păstrată, pot rămîne în continuare în munca subterană.

Noi credem că în această problemă, ca și în stabilirea gradului de invaliditate, nu putem aplica o conduită standard ci trebuie să procedăm tot în mod diferențiat, de la caz la caz, în funcție și de alți factori decît gradul de silicoză existentă.

În privința silicozei III și silicotuberculozei nu este cazul să discutăm: toată lumea este de acord cu scoaterea lor din munca cu praf și încadrarea în grupa a doua de invaliditate.

În silicoza II și silicoza I, în indicația scoaterii din munca cu praf trebuie să ținem seama de o serie de factori, și anume de gradul de invaliditate, de condițiile de muncă, de vîrstă și de stagiul subteran al fiecărui caz în parte. În principiu toți silicoticii și nu numai silicoticii ci și minerii sănătoși trebuie feriți de contactul cu praful de SiO_2. Aceasta nu înseamnă însă neapărat scoaterea în muncă de suprafață. Locurile de muncă din subteran sînt foarte variate, atît în ce privește expunerea la praf, cît și celelalte condiții: greutatea propriu-zisă a efortului muscular, temperatura, umiditatea, curenții de aer etc. Cazurile de silicoză I sau II cu tulburări funcționale și limitarea importantă a capacității de adaptare la efort trebuie scoase în mod necondiționat la suprafață. Cei cu silicoză II și tulburări funcționale sînt susceptibili — cum am văzut — de încadrare în grupa a II-a de invaliditate sau în grupa a III-a, după posibilitățile de utilizare a capacității de muncă restante. Cei cu silicoză I și tulburări funcționale pot fi plasați în munci ușoare de suprafață în condiții de temperatură, umiditate etc. obișnuite. Scăderea calificării și respectiv a salariului le este parțial compensată prin pensia de invaliditate de gradul al III-lea.

În silicoza II și silicoza I fără tulburări funcționale, cu capacitate de muncă păstrată, scoaterea din muncile subterane nu este obligatorie. Bolnavii respectivi, de obicei mineri cu vechime, pot fi plasați în munci subterane compatibile cu situația lor medicală, cum sînt muncile de șef de echipă, mecanic de locomotivă, frînar sau manipulator de vagoane, magaziner, artificier, transportor de mașini, transportor de dinamită, celar, gardian etc. Minerii cu silicoză I fără tulburări funcționale pot rămîne chiar în funcția de miner perforator sau ajutor miner, cu recomandația de a lucra în condiții potrivite de muncă, de preferință la abataj, la temperaturi moderate, în locuri lipsite de umiditate și curenți de aer și bineînțeles cu foraj umed și mașină cu suport. Ei trebuie ținuți în dispensarizare atentă și la apariția semnelor de evoluție schimbați în alte locuri, unde contactul cu praful e mai mic, sau scoși la suprafață.

O importanță deosebită în conduita noastră poate să aibă vîrsta bolnavilor și vechimea în munca subterană. În cazul unui miner tînăr de 30—35 de ani care face o silicoză I după 4—5 ani de muncă subterană, există mai multe indicații de scoatere la suprafață decît în cazul unui miner vîrstnic de 40—45 de ani, care face silicoză I după 15—20 de ani de expunere la praf. În primul caz avem toate motivele să bănuim că silicoza va evolua în continuare în același ritm relativ rapid, ducînd la invaliditate totală, pe cînd în al doilea caz schimbarea locului de muncă tot în subteran poate opri progresiunea bolii. În afară de aceasta tinerii scoși din subteran sînt susceptibili de a fi recalificați în alte profesii care nu duc la scăderea însemnată a salariului, pe cîtă vreme în vîrsta mai înaintată acest lucru nu mai este posibil.

Este important de asemenea ca medicul expert să cunoască și compoziția rocelor și intensitatea prăfuirii în fiecare loc de muncă, deoarece schimbarea locului este în funcție și de acești factori.

Mai trebuie ținut seama în fine de durata necesară a stagiului subteran pentru pensionarea de bătrînețe în condiții avantajoase. Se știe că

minerii cu stagiu subteran de 10 ani și cu 20 de ani vechime în cîmpul muncii beneficiază de pensie de bătrînețe la 55 de ani și cu procentaj ridicat. În cazurile cu silicoză I și II cu stagiu subteran de opt sau nouă ani scoaterea la suprafață duce la pierderea acestor avantaje, adică la pensionare la 60 de ani cu procentaj mai scăzut. Este evident că asemenea cazuri prezintă o indicație în plus pentru rămînerea încă 1—2 ani în muncă subterană.

O ultimă problemă care trebuie rezolvată în cadrul E.M.C.M. este problema *reîncadrării sau a organizării muncii* invalizilor silicotici. Unele aspecte ale ei au fost deja atinse în cursul expunerii.

Organizarea muncii bolnavilor de silicoză și silicotuberculoză cu capacitate de muncă restantă — deci a celor din grupa a III-a de invaliditate sau neîncadrați în grupe de invaliditate — are la bază noua concepție și atitudine socialistă despre muncă. Scoaterea fără discriminare a acestora din cîmpul muncii ar putea avea repercusiuni defavorabile nu numai asupra situației lor materiale, ci și asupra stării psihice, deci indirect și asupra sănătății lor.

Bolnavii de silicoză fără tulburări ale funcției respiratorii au o capacitate de muncă restantă foarte însemnată și durabilă. Cunoaștem nenumărate cazuri de silicoză I sau chiar silicoză II care, plasate în condiții de muncă corespunzătoare, au fost în situația să desfășoare o activitate normală zeci de ani de zile. Cităm spre exemplu un caz: K. I. (Ds. nr. 2587) 49 de ani, care a lucrat în calitate de curățitor de mine și vagonetar 24 de ani, de la 14 ani la 38 de ani, cînd a fost pensionat pentru silicoză II. Avînd o capacitate de muncă restantă a fost încadrat ca morar la flotație (la suprafață) unde a lucrat la două mori cu randament normal timp de 11 ani de zile. A fost trecut apoi în grupa II invaliditate și scos din cîmpul muncii, dar nu din cauza silicozei care s-a menținut nemodificată, ci din cauza unei coronarite și sindrom miocardic.

În cazuistica secției de prevederi sociale sînt numeroase cazuri de silicoză I și II care lucrează ca profesori la școala de mineri, normatori, agenți agricoli, curieri, paznici etc. Alții lucrează în mină în locuri lipsite de praf, după pensionare pentru limită de vîrstă, fără ca silicoza să se fi agravat.

Principiul conducător al C.M.E.C.M. trebuie să fie deci *utilizarea rațională a capacității de muncă restantă* a bolnavilor de silicoză și în unele cazuri și a celor cu silicotuberculoză tratate și stabilizate.

Bolnavii tineri pînă la 35 de ani pot și trebuie să fie recalificați într-o altă „profesie, deoarece încadrarea lor în muncă necalificată ca paznic, portar etc. duce la scăderea salarizării. Ei pot îmbrățișa diverse profesii: de mecanic, electrician, instalator, în genere munci care se execută fără praf, lipsite de curenți de aer, cu temperaturi și umiditate potrivite. Silicoticii rămîn cu o sensibilitate specială nu numai pentru praful de SiO_2 ci în genere și pentru alte prafuri, care le declanșează accese de tuse și de dispnee. Menționăm cazul unui miner cu silicoză II, cu capacitate de muncă restantă, care fiind reîncadrat ca timplar nu a putut suporta această îndeletnicire din cauza prafului. În schimb a depus o activitate cvasi normală ca agent agricol.

Bolnavii mai vîrstnici, după 40 de ani, nu mai sînt susceptibili de recalificare ci trebuie menținuți în măsura posibilă în funcții similare cu

cea pe care au avut-o, dar în condiții de muncă mai favorabile, sau în munci de suprafață necalificate.

Expertiza capacității de muncă nu este o operație statică și atitudinea expertului nu este dictată de o singură examinare și nu este decît rareori definitivă. Bolnavii de silicoză pensionați în grupa a II-a și a III-a de invaliditate trebuie urmăriți periodic și reexaminați, conform baremului, din 6 în 6 luni. Silicoza în genere este o boală ireversibilă care în cel mai bun caz stă pe loc, sau în alte cazuri progresează mai lent sau mai rapid, mai ales după ce a ajuns într-o fază mai avansată de silicoză II sau după ce se adaugă și o tuberculoză. Există însă suficiente cazuri în care schimbarea grupei de invaliditate de la a II-a la a III-a, poate fi justificată : după ameliorarea bronșitelor sau fenomenelor astmatiforme, care cedează de regulă după întreruperea contactului cu praful. Am văzut cazuri cînd minerii au solicitat ei înșiși trecerea din grupa a II-a în grupa a III-a de invaliditate, afirmînd că se simt mai bine și pot reintra în cîmpul muncii.

★

În încheiere am dori să formulăm cîteva *concluzii* și să facem unele *propuneri* de ordin general :

Mai întîi se poate constata că în condițiile actuale de lucru și din lipsa unor puncte de vedere unitare C.M.E.C.M., nu numai de la Baia Mare ci de pretutindeni, nu pot să satisfacă în mod corect și complet toate cerințele unei expertize medicale, ci se limitează în genere la precizarea unui diagnostic radiologic și la încadrarea mai mult sau mai puțin mecanică în grupe de invaliditate. Nu există posibilitatea unei examinări funcționale, a unei aprecieri științifice a capacității de muncă, a unei cercetări a cazurilor la locul de muncă și a unei urmăriri sistematice după reîncadrare.

Pentru remedierea lucrurilor facem sau, mai exact, reînnoim o serie de propuneri pe care le-am făcut și cu alte ocazii.

În primul rînd credem că trebuie stabilită o *responsabilitate unică* în privința depistării, evidenței, dispensarizării și expertizei bolnavilor de silicoză și silicotuberculoză. Actualmente aceste probleme sînt rezolvate cu bunăvoință de rețeaua de luptă contra tuberculozei, de medicul de întreprindere, de rețeaua de medicină generală, de sanepid și de secția de prevederi sociale, fiecare în măsura în care cazurile se prezintă în mod spontan pentru rezolvare, dar nimeni nu are responsabilitatea și viziunea de ansamblu a problemei silicoticilor sub toate aspectele sale, așa cum ftiziologii au vederea de ansamblu a tuturor aspectelor din problema tuberculozei.

Responsabilitatea generală a silicozei și silicotuberculozei ar putea să revină, fie unui medic ftiziolog de pe lîngă dispensarul de tuberculoză, specializat în problemele silicozei, fie unui medic internist sau igienist în cadrul centrului de boli profesionale, cu concursul dispensarului de tuberculoză, care de fapt duce și astăzi „greul" acestei probleme.

Sarcinile acestui centru de supraveghere permanentă a „silicoticilor" ar fi, în linii mari : examinarea sistematică a minerilor pentru diagnosticul precoce al silicozei, dispensarizarea, adică examinarea, diagnosticul și tratamentul curent al bolnavilor de silicoză și silicotuberculoză descope-

riți, rezolvarea lor practică din punctul de vedere al expertizei capacității de muncă, evidența exactă a tuturor cazurilor de silicoză și urmărirea dinamică a evoluției morbidității prin silicoză și silicotuberculoză, supravegherea aplicării măsurilor de profilaxie din mine, supravegherea cercetărilor științifice care se fac în domeniul silicozei etc.

Evident, responsabilul silicozei nu ar urma să facă singur toate aceste operații ci, cu concursul medicilor de întreprindere, al C.M.E.C.M., al sanepidului, al policlinicilor, al centrelor de RMF, dispensarelor de tuberculoză, al institutelor de cercetări științifice etc. El ar fi însă *elementul stabil și comun* care să realizeze legătura dintre aceste instituții, să supravegheze și să orienteze activitatea lor în același sens, să aibă viziunea de ansamblu despre care vorbeam mai înainte și să poată descoperi și îndrepta la timp veriga defectă în lanțul măsurilor de combatere a silicozei.

Necesitatea unui asemenea centru nu constituie o problemă generală pentru țara noastră ci numai *o problemă locală* pentru cîteva regiuni silicogene, deci nu ar necesita o reformă a actualei structuri a organizării sanitare, ci doar o completare și o adaptare la specificul regional al organizării existente.

În ansamblu cele cîteva centre de supraveghere a silicozei care s-ar crea în regiunile silicogene ar putea sta sub îndrumarea institutelor de igienă și ftiziologie în raza cărora se află și sub conducerea unitară a Comisiei superioare de silicoză din Ministerul Sănătății.

Pentru problema specială a expertizei propunem ca o comisie restrînsă de specialiști să studieze și să pună de acord actualele propuneri destul de divergente făcute de diversele instituții care se preocupă de acest subiect, luînd eventual ca bază de discuție propunerile formulate de noi în prezentul raport.

Crearea centrelor de supraveghere permanentă sau de dispensarizare a silicoticilor ar putea să ușureze de altfel și rezolvarea problemelor deficitare ale expertizei capacității de muncă, care constituie numai un aspect indisolubil legat de rezolvarea în ansamblu a problemei. S-ar ajunge în acest fel la o mai bună organizare a apărării sănătății oamenilor muncii din industria minieră care constituie scopul final al tuturor cercetărilor și discuțiilor noastre.

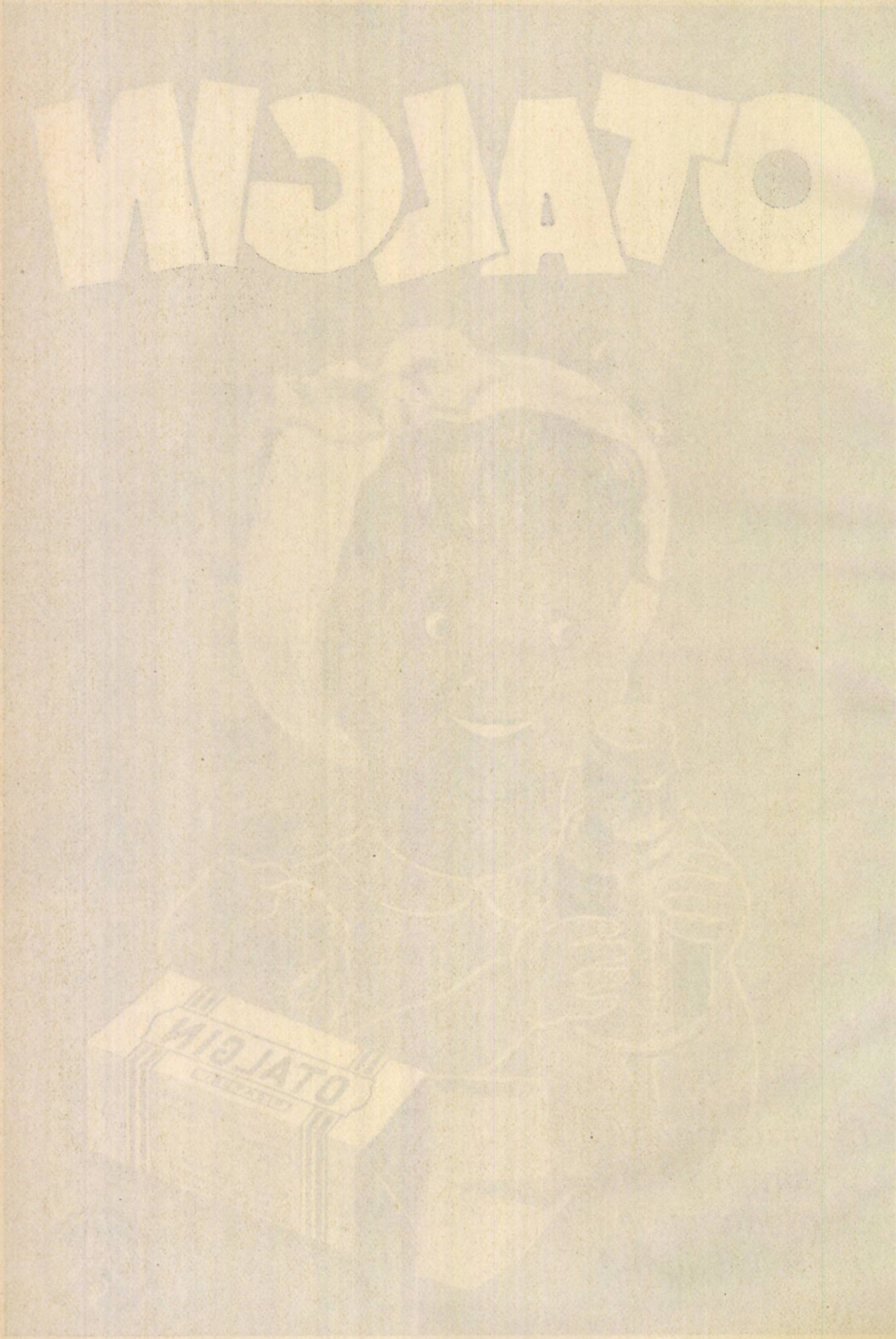
Intrat în redacție în mai 1955.

BIBLIOGRAFIE

1. AUERBACH A. I. — Bazele expertizei medicale a capacității de muncă în vol. Exp. med. a cap. de muncă, Ed. de stat, 1953, pag. 7.
2. BARBU Z., BORȘ MARTA, BARATKY MIKLOS, CSEREP GYÖRGY. — Contribuții la determinarea capacității de muncă a bolnavilor de silicoză prin metode funcționale. Ses. Șt. Acad. R.P.R., Filiala Cluj, dec. 1954.
3. BENETATO GR., I. BACIU, P. DEREVENKO, V. DEREVENKO, CH. DONOVAN, E. ROSENFELD, C. TOADER, V. VASILESCU — Valoarea și dinamica schimburilor energetice la muncitorii subterani dintr-un bazin minier. Studii și cercetări științifice Acad. R.P.R., Filiala Cluj, 1—2, 1951, pag. 248.
4. CUPCEA S., L. PRODAN, N. BALKANY — Cercetări asupra silicozei și a condițiilor de muncă din minele metalifere. Studii și cercetări științifice, Acad. R.P.R., Filiala Cluj, 1—2, 1951, pag. 260.
5. DANIELO L., V. PRELIPCEANU — Expertiza medicală în silicoză și silicotuberculoză în vol. Silicoza și silicotuberculoza, București, 1953, p. 239.

OTALGIN

In tratamentul simptomatic al afecțiunilor urechii externe



6. DANIELLO L., C. ANASTASATU, V. LUCACIU, D. RANCEA — Explorarea complexă a funcţiei respiratorii în silicoză şi silicotuberculoză. Ses. şt. Inst. ftiziologie Bucureşti, 7.II.1955.
7. DANIELLO L., V. POPA, I. MIHĂILESCU, E. GELEPU — Silicoza cu evoluţie rapidă într-o fabrică de cărămizi refractare. Acad. R.P.R., Filiala Cluj, 1954.
8. DANIELLO L., C. ANASTASATU — Stabilirea criteriilor de apreciere a capacităţii de muncă, de încadrare în grade de invaliditate şi de organizare a muncii bolnavilor de silicoză şi silicotuberculoză. Ses. şt. Inst. ftiziologie, 7.III.1955.
9. DANIELLO L., C. ANASTASATU, V. LUCACIU — Expertiza medicală a capacităţii de muncă în silicoză şi silicotuberculoză. Soc. şt. med. Satu-Mare, 26.III.1955.
10. DANIELLO L., ANASTASATU C. — Explorarea funcţiei respiratorii în silicoză şi silicotuberculoză prin metode funcţionale complexe (cu bibliografie). *Rev. Şt. med. internă*, 1955, 3.
11. EVEN ROGER — L'Expertise des silicotiques, *Journ. franç. med. chir. thor.* 1949, I—III, p. 585.
12. CAUBATZ E. — Die versicherungsrechtliche Beurteilung der Steinstaublungenerkrankung (Silikose), *Beitr. Klin. Tbk.*, 1940, 95, p. 286.
13. MARŢINKOVSKI S. I. — Expertiza capacităţii de muncă în bolile profesionale produse de acţiunea prafurilor industriale, vol. Exp., cap. de muncă în bolile profesionale, Moscova, 1953, p. 38.
14. MARŢINKOVSKI I. S. — Principiile fundamentale şi metodica expertizei medicale a capacităţii de muncă în bolile profesionale, vol. Expert., cap. de muncă în bolile profesionale. Moscova, 1953, p. 5.
15 MARŢINKOVSKI I. S. — Examinările medicale periodice ale muncitorilor ca una din formele de expertiză a capacităţii de muncă, vol. Exp., cap. de muncă în bolile profesionale, Moscova, 1953, p. 24.
16. MAZEL P. şi L. ROCHE — L'expertise dans la silicose, *Journ. med., Lyon,* 1949, nr. 699.

★

Медицинская экспертнза степени трудоспособности при силикозе и силикотуберкулезе

На основании изучения весьма общирного документационного материала, предлагаются впервые в РНР конкретные меры в целях установления критериев для оценки степени трудоспособности и для трудоустройства по категориям инвалидности больных силикозом и силикотуберкулезом. Медицинские экспертные комиссии должны стремиться установить комплексный морфо-функциональный диагноз и соблюдать дифференцированный подход к этого рода больным, принимая во внимание функциональные изменения, особенностп рабочего места, возраст. производственный подземный стаж и т. д.

В статье предлагаются общие меры в связи с организацией наблюдення и единого контроля лиц. страдаюших силикозом.

★

L'expertise médicale de la capacité de travail, dans la silicose et la silico-tuberculose

En se basant sur l'étude d'un riche matériel documentaire, les auteurs ont fait pour la première fois chez nous, des propositions concrètes en vue d'établir des critériums d'appréciation de la capacité de travail et de classification en groupes différents d'invalidité des malades souffrant de silicose et de silico-tuberculose. La commission pour l'expertise médicale de la capacité de travail doit s'efforcer d'établir un diagnostic morphologique et fonctionnel complet ; elle doit arriver à des conclusions individuelles, en fonction des troubles fonctionnels, de l'emplacement du travail, de l'âge de l'ouvrier, de la durée de son stage souterrain, etc. Les auteurs font aussi, des propositions générales, en rapport avec l'organisation de la surveillance et du contrôle des malades atteints de silicose.

Carol Davila şi timpul său

Dr. G. Barbu
(Lucrare efectuată în cadrul Institutului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei)

La începutul celui de-al şaselea deceniu al secolului al XIX-lea a venit în Ţara Românească un tînăr medic francez, Carol Davila. Avea 25 de ani, îşi terminase de curînd studiile şi era la începutul unei cariere pentru care se pregătise cu silinţă şi pricepere. Nu trecuseră decît doi ani de cînd Napoleon al III-lea, prin lovitura de stat de la 2 decembrie 1852, se proclamase împărat. Se părea că revenise timpul primului imperiu, cînd, aşa cum se spunea, fiecare grenadier purta în raniţă bastonul de mareşal. Gîndul acesta era în stare să înfiebînte imaginea unui tineret educat şi crescut de burghezia arivistă şi hrăpăreaţă, care se îmbogăţise nemăsurat în timpul războaielor napoleoniene, jefuind Europa.

Carol Davila

Fără îndoială că proaspătul medic fusese prins în vîrtejul acestei glorii uşuratice şi nesigure, şi atunci, gîndul de a-şi perfecţiona meşteşugul la Institutul pentru medicii militari de la „Val de Grace" îl părăsise repede. Trebuia să-şi creeze un alt făgaş, dar care anume, nu ştia încă.

Într-o zi, printre anunţurile afişate la Facultatea de medicină din Paris, se afla şi unul prin care se căuta un medic pentru a conduce serviciul sanitar al armatei din Valahia. Davila se hotărî să-şi încerce norocul în acel orient necunoscut şi fabulos.

Pregătindu-se de plecare spre Muntenia, Davila nici nu bănuia profundele schimbări economice şi sociale prin care trecea Europa după revoluţia din 1848, datorită transformării rapide în modul de producţie.

După 1848 forţele de producţie, şi în primul rînd industria, care luase avînt în Anglia încă la sfîrşitul secolului al XVIII-lea, începură să se dezvolte mai grabnic şi în alte ţări din Apus. Printre întreprinderile industriale, cele ale industriei grele şi ale uzinelor constructoare de unelte începură să deţină un loc de mare însemnătate. Construirea drumurilor de-

fier și a vapoarelor lua de asemenea în această perioadă o mare dezvoltare. Datorită creșterii continue a rețelei de transporturi se intensifică schimburile internaționale și activitatea comercială.

Avîntul industrial, fără precedent, de la jumătatea secolului trecut, s-a datorit în ultimă instanță dezvoltării forțelor de producție, ca urmare a transformărilor revoluționare ale tehnicii. În această perioadă un rol deosebit l-a avut îmbunătățirea radicală a extragerii și prelucrării cărbunelui și a minereului de fier. Astfel, s-a realizat un abataj mai rapid și exploatarea straturilor profunde de cărbuni, cu ajutorul perforatoarelor cu aer comprimat și a altor mijloace perfecționate. Descoperirea procedeului Bessemer, de transformare rapidă a fontei în oțel, precum și metoda Thomas de folosire a minereurilor fosforoase, au dat industriei grele un impuls uriaș și au pus în circulație mari cantități de fier și oțel. Aceasta a fost perioada liberei concurențe și a durat pînă în ajunul deceniului al optulea din secolul trecut. Aceasta a fost perioada în care a trăit și și-a desfășurat activitatea Davila.

Avîntul economiei, care a marcat prima etapă a transformării lumii contemporane, nu s-a înfăptuit fără greutăți și adînci zguduiri sociale și economice, pregătind în același timp apariția peste cîteva decenii a imperialismului, prin concentrarea și centralizarea producției și ivirea capitalului financiar.

★

Cînd a coborît de pe vapor la Giurgiu, lui Davila i-a fost ușor să înțeleagă cît de multe erau de făcut în Valahia.

Greu a mai dus-o pe drumul spre București, în căruța de poștă, pe șleaurile desfundate și prin vaduri. A trecut prin sate, unde a văzut bordeiele sătenilor îngropate pe jumătate în pămînt, mizeria și foamea sticlind în ochii oamenilor, suferinzi de friguri. Pe cîmpiile mănoase ale luncii Dunării zgîriau pămîntul pluguri de lemn, de care trăgeau vite costelive și bătrîne, abia ținîndu-se pe picioare.

Toate acestea arătau mizeria și crunta exploatare a țărănimii. Cum puteau fi zăgăzuite agitațiile acestor mase țărănești flămînde, prin discursuri înșelătoare? Nici legiuirea din 1864, pentru împroprietărirea țăranilor și eliberarea clăcașilor, nu va reuși să rezolve marile sarcini care îi reveneau.

★

În secolul al XIX-lea principala bogăție a țărilor române rămăsese tot agricultura. Aceasta datorită atît creșterii cererii interne, cît și celei externe, de produse agricole. Din pricina că relațiile de producție păstrau încă puternice elemente iobăgiste, agricultura se făcea mai mult extensiv. Uneltele folosite erau încă primitive.

În orașe se dezvoltau meșteșugurile. Încă într-un hrisov din 1834, al lui Alexandru Vodă Ghica, prin care se fixau atribuțiile departamentului Epitropiei de obște (autoritate care se ocupă cu toate chestiunile de gospodărie internă a țării), se spunea la punctul 13: „Indestularea unei țări este înmulțirea negustoriei și feluri de meșteșuguri și lucruri de mîini; să nu aibă trebuință a veni din părți străine, la care se pierde

mulțime de bani. De aceea, spre folosul obștei, să facă silință pentru neguțători, pentru meșteșugari și altele cîte va fi prin putință a se face intre această țară și dimpreună, să se socotească, cît se poate face din fabrici și lucruri de mîini, cît și cîte se pot semăna și cîte alte meșteșuguri ale pămîntului, se pot lucra".

Meșteșugurile și puțina noastră industrie se dezvoltau, cu toată concurența străină. După 1859, numărul atelierelor meșteșugărești și ale întreprinderilor industriale devine tot mai mare. S-au făcut unele progrese în morărit, în industria de cherestea, hîrtie și mai ales în tăbăcărie.

Pe măsura dezvoltării capitalismului în principate, creștea și comerțul. Aproape jumătate din valoarea întregului export al țării o constituia grîul; pe lîngă aceasta, principalele mărfuri exportate constau din porumb, vite cornute, porci etc.

Davila a venit în țară în plină afirmare a relațiilor capitaliste în principatele noastre. Intreaga lor structură feudală, politică și economică era șubrezită.

Viața nu putea fi ușoară pentru tînărul medic străin, încă nepriceput în moravurile bizantine ale clasei dominante de la noi. El a știut însă să desprindă din numeroasele sarcini pe tărîm sanitar, pe cele mai însemnate și să pornească la înfăptuirea lor, cutezător și hotărît. Această înțelegere a semnelor timpului său a stat la baza succeselor sale.

Care era situația sanitară în țara noastră înainte de venirea lui Davila?

După pacea de la Adrianopol din 1829, țările române, cu puternicul sprijin al Rusiei, obținură lărgirea autonomiei administrative, suprimarea monopolului turcesc asupra comerțului exterior, Dunărea ca hotar al principatelor etc., și, pe lîngă acestea, dreptul de a organiza la granița cu imperiul otoman cordoane sanitare și carantine păzite de ostașii romîni înarmați.

Generalul Pavel Kiselev, împuternicitul împăratului rus și președinte plenipotențiar al divanelor Valahiei și Moldovei, hotărîse în 1829, din pricina epidemiei de ciumă care bîntuia și pustia principatele, să aplice legiuirea sanitară cuprinsă în Regulamentul Organic, însă înainte de votarea lui de către divanele țării.

Ca urmare a acestui fapt se porni la reorganizarea sanitară a principatelor, avînd la bază una din legiuirile sanitare cele mai înaintate ale timpului cuprinse în Regulamentul Organic. Cordonul carantinei stabilit pe Dunăre, izbuti în puțină vreme să împiedice răspîndirea epidemiilor de ciumă, venită de peste Dunăre sau aduse de garnizoanele raialelor de la Giurgiu, Brăila etc.

A fost creat apoi pe lîngă „Departamentul treburilor dinăuntru" un comitet de sănătate, atît în Muntenia, cît și în Moldova. Pentru o mai bună supraveghere a sănătății, țările romîne au fost împărțite în departamente sanitare.

Ispravnicii județelor primiră însărcinarea să raporteze doctorilor din fruntea departamentelor toate problemele în legătură cu sănătatea populației.

Pe baza Regulamentului Organic mai fură întocmite o serie de regulamente, din care cele mai însemnate au fost acele în legătură cu îmbunătățirea și paza rînduielii în poliția Bucureștilor, atribuțiile de poliție sanitară ale medicilor de plasă etc.

In 1834, Görg von Grünau, medicul-șef al oștirii din Muntenia, primi porunca să organizeze spitale militare. El a înființat primul spital al oștirii muntene în curtea mînăstirii de la Mihai-Vodă, unde, după aproape douăzeci de ani, va lucra și Davila. Spitalul Militar din Iași își începuse activitatea încă din anul 1833, sub conducerea stabdoctorului Cihac, care a condus serviciul sanitar al armatei moldovene pînă în 1861.

La venirea lui Davila starea sanitară a țării se îmbunătățise în oarecare măsură. Legiuirea sanitară a Regulamentului Organic începu cu vremea să fie depășită. După numirea sa ca șef al serviciului sanitar al oștirii, iar mai tîrziu, primind conducerea și a serviciului sanitar civil, Davila a pornit cu temei la opera de organizare, prin numeroase măsuri sanitare-administrative și de învățămînt de specialitate.

Numărul medicilor crește, și pregătirea lor stimulată prin crearea de cercuri și societăți științifice. Toate acestea au dus la îmbunătățirea și dezvoltarea legislației sanitare, dar nu au contribuit decît în prea mică măsură la rezolvarea problemelor de sănătate publică, și aceasta în primul rînd din pricina exploatării și silniciilor la care erau supuse masele muncitoare din partea regimului burghezo-moșieresc.

★

Cine era acest Davila, sosit în Valahia la 13 martie 1853 și numit a doua zi, de Știrbey, oberstab doctor al oștirii și șef al spitalului militar de la Mihai Vodă?

Nu cunoaștem nici obîrșia și nici familia sa. De altfel el a păstrat această problemă sub pecetea tainei.

A copilărit în Germania, a învățat liceul în Franța și apoi farmacia și medicina, cu multă sîrguință. Pe cînd era încă student, a luat parte la o campanie sanitară, împotriva unei epidemii de holeră care bîntuia Franța și a primit mulțumiri și daruri din partea comunelor unde a muncit. Se mai știe că un oarecare doctor Guépin a fost tutorele său.

Cu o cultură peste nivelul obișnuit, cel puțin în Valahia la jumătatea secolului trecut, priceput organizator, Davila s-a remarcat de la început în activitatea pe care a desfășurat-o. La cîteva săptămîni după venirea sa în țară, a prezentat guvernului un proiect de organizare a unei școli sanitare.

Fără cadre autohtone, arăta el, nu este cu putință organizarea temeinică a unui serviciu sanitar al oștirii. Proiectul său a fost aprobat în 1854 și, odată cu aceasta, conducerea trupelor din garnizoana București a primit ordin să-i trimită un număr de soldați; aceștia au fost primii elevi ai lui Davila.

În 1854, izbucnind o epidemie de holeră în imperiul otoman, Davila a luat măsurile necesare de profilaxie și a izbutit să împiedice pătrunderea epidemiei în principate.

După un an, Carol Davila organiză școala de mică chirurgie la spitalul de la Mihai Vodă. Școala a funcționat cu programul școlii de felceri alcătuit încă din 1842 de dr. N. Kretulescu. Către sfîrșitul anului 1855, școala de mică chirurgie, datorită în parte stăruințelor lui Davila, dar mai ales necesităților de cadre sanitare ale oștirii, a fost transformată în școala de chirurgie.

Prin ofisul domnesc din martie 1856, s-a aprobat organizarea unei școli de chirurgie pe lîngă spitalul de la Mihai Vodă. Directorul școlii era tot Davila, care mai era numit și membru al comitetului de inspectori ai școlii, împreună cu protomedicul Gussi, sub președinția lui Năsturel Herescu, „mădularul eforiei spitalelor".

Numărul elevilor a crescut la 50, din care jumătate erau destinați pentru serviciul sanitar al armatei, iar restul pentru serviciul sanitar civil.

Davila a mai organizat în cadrul școlii o bibliotecă și un muzeu de anatomie, pentru a servi atît instruirii profesorilor, cît și elevilor.

Pentru nevoile spitalului oștirii, Davila organiză o farmacie și în același timp pune și bazele învățămîntului farmaceutic cu un număr de 12 elevi, sub conducerea farmacistului Prujinski.

Pentru a cuprinde întreaga problemă sanitară, Davila a pus și bazele învățămîntului veterinar. Astfel elevii din anii doi și trei ai școlii de chirurgie aveau în timpul verii un program care cuprindea un curs de medicină veterinară, sub conducerea protoveterinarului Munteniei, Wolf Lucaci.

Cu toate că guvernul acorda o deosebită însemnătate, atît spitalului oștirii, cît și școlii sanitare, polcovnicul Odobescu, căruia i se raportase că elevii școlii de chirurgie făceau disecții pe cadavrele soldaților, dădu ordin să se închidă școala. Cu toate stăruințele lui Davila, și cu tot sprijinul lui N. Kreţulescu și al altor boieri luminați, Ghica, caimacamul țării, nu putu fi înduplecat, decît după ce consulul Franței, Béclard, declară că guvernul francez era gata să ia sub oblăduirea sa școala de chirurgie.

Davila a folosit această ocazie pentru a transforma școala de chirurgie în „Școala națională de medicină și farmacie" (1857).

De la venirea sa în țară, pînă la 1859, Davila s-a ocupat timp de 6 ani de organizarea serviciului sanitar al oștirii; în același timp el a dat o deosebită însemnătate problemelor de învățămînt sanitar, necesar formării cadrelor. De aceea, încă din 1857, cînd școala de medicină se transformă după stăruințele sale în „Școala națională de medicină și farmacie", pe lîngă cei 40 de elevi recrutați pentru oștire, un număr de 50 au fost pregătiți pentru a conduce serviciul sanitar al districtelor.

In 1859, datorită activității sale și rezultatelor pe care le-a obținut, Alecsandru Ioan Cuza l-a numit și în fruntea serviciului sanitar ca inspector general al spitalelor districtuale, fiind însărcinat și cu conducerea comitetului de sănătate din Muntenia. Ca urmare a faptului că la un moment dat avea în mîinile sale, atît conducerea serviciului sanitar al oștirii, cît și cel civil, administrarea eforiei spitalelor și direcția școlii naționale de medicină, el a reușit datorită energiei și perseverenței sale, să realizeze o însemnată parte a proiectelor sale. Din școala de mică chirurgie a doctorului N. Kreţulescu și din școala de felceri militari a lui Năsturel Herescu, școli cu totul elementare și efemere, Davila a reușit să creeze școala de medicină, baza puternică pe care se va organiza în 1869 prima facultate de medicină a țării noastre.

După Unirea Principatelor la 1859, prin contopirea celor două oștiri, serviciul sanitar al armatei luă o mai mare dezvoltare. Ținînd seama de activitatea și rezultatele obținute de către serviciul sanitar al armatei la tabăra de la Florești, unde Vodă Cuza concentrase întreaga

armată a principatelor, Davila a fost numit colonel și medicul-șef al întregii armate. În același timp au mai fost înaintați și zece din elevii școlii la gradul de medici de batalion clasa a III-a.

Davila a mai organizat o companie de infirmieri, care a devenit după 1861 companie sanitară. Ea trebuia să pregătească personalul sanitar auxiliar pentru spitalele și ambulanțele armatei.

Necesitatea de a rezolva sarcinile multilaterale și complexe, pe care le punea reorganizarea serviciului sanitar al oștirii după unirea principatelor, îl făcură pe Davila să ceară concediu pentru a pleca în străinătate, unde să studieze problemele serviciilor sanitare. Înaltul ordin cu nr. 124 din 1860 arată că doctorului C. Davila, căpetenia serviciului sanitar al oștirii, i s-a acordat un concediu de două luni ca „să studieze ținerea spitalelor și a serviciului de ambulanță".

În 1862, trei ani după unire, trecînd peste nenumărate greutăți, Davila a reușit să unifice administrațiile sanitare din fostele principate, alcătuind direcția generală a serviciului sanitar sub conducerea unui inspector general și a unui viceinspector.

Din cele două comitete de sănătate publică a fost organizat consiliul medical superior. Posturile de protomedic de la București și Iași au fost desființate, numindu-se, în aceste orașe mari ale țării, medici-șefi. În același an s-a organizat la București și Iași cîte un consiliu de igienă.

Pentru activitatea sa neobosită, Davila a fost numit în 1862 inspector general al serviciului sanitar militar și civil.

Prin legea județeană și prin legea comunală din 1864 a fost aplicată — e drept că numai în parte — legea descentralizării și în serviciul sanitar. Spitalele județene au fost scoase de sub conducerea direcției generale a serviciului sanitar și subordonate autorităților județene.

După mari greutăți, Davila izbutește să mute spitalul oștirii de la Mihai Vodă în noua clădire de pe str. Știrbey Vodă, mai modernă și înzestrată după necesitățile vremii. Pentru a ridica nivelul științific al cadrelor medicale și a le pune la curent cu noile cercetări și metode de lucru. Davila a organizat în noul spital adunări științifice săptămînale. Dar nu s-a mulțumit cu atît; în dorința ca spitalul oștirii să fie încadrat cu elemente cît mai pregătite, exigența lui merge mai departe. Pe vechile sale ajutoare de la spitalul de la Mihai Vodă, patronii în medicină Eichenbaum și Suchamel, el îi sfătuiește să-și completeze studiile. Și după cum se știe „sfatul" lui Davila era poruncă pentru subalternii săi. Eichenbaum hotărînd să-și completeze pregătirea medicală, plecă în străinătate și se înapoie licențiat în medicină. Suchamel, neizbutind să facă același lucru, își dădu după putină vreme demisia din oștire.

Iată un fapt semnificativ care arată exigența lui Davila în muncă, chiar cînd era vorba de colaboratorii săi ce mai apropiați.

★

Un personaj cu totul aparte pentru timpul său acest Davila, care anunța prin gazetă pe cei care voiau să i se adreseze că poate fi găsit la serviciu de la 6 dimineața pînă la 9 seara, într-o vreme cînd contemporanii de rangul său își măcinau timpul prin cluburile politice sau la conacurile moșiilor.

Dis-de-dimineață, totdeauna la aceeași oră, fără să țină seama de anotimp sau de vreme, putea fi văzut călare, străbătînd străzile, încă adormite ale Cotrocenilor.

Inalt și semeț, ochii mari și albaștri aveau privirea dreaptă și pătrunzătoare, nasul ușor acvilin, sub care gura păstra același zimbet, care nu pierea decît pentru o clipă, în învolburarea mîniei.

Își purta uniforma militară cu mîndrie, sigur de sine, deși îl stingherea cumplit brațul anchilozat, pe care nu știa cum să-l ascundă, pentru a nu-și știrbi din ținuta impunătoare.

Era cutezător și îi plăcea să folosească acest dar pînă la uitare de sine. Nu era aproape un copilandru cînd a sărit în apele umflate ale Rhônului, salvînd de la înec mai mulți ostași?

Solicitat să însoțească alaiul domnesc, Davila străbătu Moldova arsă de secetă, frămîntată de nemulțumiri, care izbucneau adesea fățiș în calea domnitorului prusac, în vara anului 1866. Cînd află că în preajma Iașului izbucnise holera, ceru îngăduința să părăsească suita și ieși îndrăzneț în fața molimei. Davila știa să vadă și să înțeleagă că între cumplita epidemie de holeră și între viața de mizerie și foame a maselor țărănești, nemilos exploatate, exista o strînsă legătură. El însemna în scrisorile sale tăcerea apăsătoare care plutea prin satele prin care trecea și unde a văzut copii morți de foame și atotputernicia marilor proprietari, cruzimea și lăcomia lor fără margini, și paza lor aprigă cu jandarmii în jurul hambarelor pline de pîine. Și arătă mai departe, cum toate relele provin din pricina jafurilor, a împilărilor la care sînt supuși țăranii. Demasca lipsurile legii rurale și abuzurile fără margini ale moșierilor. Dar, deși își dădea seama de existența „relelor" din orînduirea burgheză, era din nefericire departe de a înțelege posibilitățile rezolvării acestei situații.

Alerga în fața primejdiei, cu toate că trecuse abia un an de cînd se îmbolnăvise de tifos, îngrijind la Telega osîndiții lăsați la voia întîmplării și apoi de holeră, luptînd cu molima la Brăila.

A doua zi după detronarea lui Cuza, conjuraților, de teamă ca masele să nu fie ridicate la luptă, porniseră o adevărată vînătoare împotriva credincioșilor fostului domn. Oricine era dovedit ca prieten al vechii domnii era supus răzbunării necruțătoare a „monstruoasei coaliții".

Davila, deși înalt funcționar al statului, nu a ezitat să dea azil doamnei Elena Cuza, înfricoșată și părăsită de cei mai apropiați prieteni, în fața unei stăpîniri ostile și amenințătoare.

Atît în războiul din 1870, cînd a plecat să lupte pentru Franța, ca simplu medic într-o ambulanță de Cruce Roșie, cît și în războiul pentru independență din 1877, Davila a înfruntat și ploaia de gloanțe și toate greutățile războiului, mînat totdeauna de un înalt simț al datoriei și al onoarei.

Strîns legat de frații Golești și de elementele mai înaintate ale burgheziei, el a rămas totdeauna un adversar al lui Brătianu.

S-a spus despre Davila că el era prea aspru și necruțător, dar detractorii săi nu au arătat că fulgerele lui cădea asupra trîndavilor și a necinstiților, asupra ariviștilor și hrăpăreților.

Intr-o vreme cînd Brătianu lansase clientelei sale politice lozinca „îmbogățiți-vă", Davila avea să fie și să rămînă un om sărac.

In schimb, cîtă grijă și cîtă cheltuială a pus în azilul de orfane

„Elena Doamna", cu cită migală muncește pentru a alcătui albumul de țesături naționale, și cu cită pasiune editează volumul de versuri „Doine și Lăcrămioare" al lui Vasile Alecsandri.

★

După 1870, în viața politică a țării poziția cea mai înaintată au avut-o cercurile revoluționare, sub influența mișcării muncitorești de peste Prut. După organizarea lor, începură să pătrundă în Romînia literatura marxistă și mai ales aceea a democraților ruși.

Sub îndrumarea cercurilor revoluționare din țara noastră s-au organizat, după 1870, și cercuri muncitorești. Cu toate greșelile și confuziile manifestate în activitatea lor, cercurile revoluționare pregăteau clasa muncitoare pentru eroicele și mărețele sale sarcini.

E probabil că Davila a cunoscut pe medicii care făceau parte din cercurile revoluționare de la noi. Intr-o scrisoare rămasă de la dr. N. Zubcu-Codreanu, acesta ruga pe C. Istrati să intervină pe lîngă Davila pentru a obține un post de medic de plasă.

In 1873 Davila a făcut din nou o călătorie în străinătate, pentru a studia serviciile sanitare din Austria și Germania, din Franța și Italia. Informațiile căpătate, precum și experiența adunată din războiul franco-german, îi vor servi lui Davila, atît la pregătirea serviciului militar al oștirii pentru războiul din 1877—1878, cît mai ales în timpul războiului.

Neprecupețită a fost munca lui Davila în războiul nostru pentru independență. Cu toate greutățile întîmpinate din partea cercurilor reacționare, și mai ales a lui I. Brătianu, președintele consiliului de miniștri, care i-a refuzat cu asprime fondurile atît de necesare înzestrării serviciului sanitar al armatei, spiritul organizator al lui Davila nu a dat niciodată roade mai bogate. Hotărît și îndrăzneț, cunoscîndu-și precis sarcinile și folosind cu iscusință energia sa atît de cunoscută, el a reușit să rezolve problemele multiple și complexe ce-i stăteau în față.

El a știut să treacă peste toate greutățile, cu toate piedicile puse de Brătianu. Din inițiativa sa a comandat un însemnat material medical, din care a înzestrat apoi toate spitalele în războiul pentru independență iar cînd Brătianu a refuzat să plătească acest material, Davila a amenințat că va strînge suma necesară printr-o colectă publică și numai în fața acestui argument „vizirul" a cedat.

Una din greutățile însemnate întîmpinat de serviciul sanitar al armatei în războiul din 1877—1878 a fost lipsa unei unități de conducere. Davila era în fruntea serviciului militar de pe front, iar dr. Capșa în zona interioară. Lipsa unei directive unice de coordonare și de supraveghere a întregii probleme a fost în detrimentul răniților și bolnavilor, deși întregul personal sanitar a dat dovadă de eroism și de abnegație în munca lui.

Pentru a înțelege grelele sarcini cărora trebuia să le facă față serviciul sanitar al armatei, este necesar să dăm ca exemplu luptele de la Plevna, mai ales din sectorul Griviței, unde a fost scos din luptă, către sfîrșitul lui august, aproape un sfert din efectivul trupelor. La 30 august situația la ambulanța condusă de Davila devenise atît de gravă, încît a fost necesar să fie întărită cu o secție de Cruce Roșie.

La un efectiv de 40 000 de soldați trimiși pe front, trupele romîne

au avut pierderi în răniți și bolnavi de peste 18 000, iar din cei 106 medici, 74, ceea ce reprezintă două treimi din numărul lor.

Activitatea neobosită desfășurată de către Davila în tot timpul războiului a avut înalta prețuire a vestitului chirurg rus Pirogov, a medicului principal de armată dr. Kocher, precum și a comandantului suprem al armatei ruse. Numai cercurile reacționare de la noi nu-i recunoșteau meritele, urmărind îndepărtarea lui din armată.

★

Tot ce a fost creat în Rominia în sectorul sanitar de la jumătatea secolului al XIX-lea pînă la moartea lui Davila a fost strîns legat de numele său. El a știut să se identifice cu aspirațiile patriei sale adoptive și a luptat cu abnegație pentru a le înfăptui.

Viața lui a fost un exemplu de muncă fără preget, de cinste fără pată și de sacrificiu netîrguit. Un astfel de om nu putea să fie pe placul cluburilor politice, unde țara era scoasă la mezat de politicienii veroși și arghirofili. Nu întîmplător în ultimii ani ai vieții sale circula un cuvînt de ordine printre adversarii săi „să scăpăm de Davila", și Brătianu izbuti în sfîrșit să scape de Davila cu prilejul aducerii în discuția parlamentului a legii serviciului sanitar al armatei, cînd propuse desființarea postului de inspector general. Aceasta se întîmpla în anul 1882 după o activitate neîntreruptă de aproape 30 de ani în slujba patriei.

Lovitura aceasta nu a mai putut să o suporte Davila, care ceru un concediu de 6 luni, ceea ce echivala pentru un ofițer cu punerea sa în disponibilitate.

Îmbătrînit înainte de vreme, singur, uitat pe patul de suferință, unde îl țintuise vechea sa boală de inimă, acum mult agravată, era frămîntat mai ales de soarta înfăptuirilor sale.

Cu puțină vreme înaintea morții sale, cînd se știa că zilele îi erau numărate, i se dădu în sfîrșit gradul de general, pe care trebuia să-l fi primit încă a doua zi după războiul pentru independență.

Davila a murit la 26 august 1884, în vîrstă de 56 de ani. Viața lui, făurită din muncă neobosită și din devotament fără margini, și-a pus-o fără să și-o precupețească în slujba patriei.

Intrat în redacție în mai 1955.

180 de ani de la înființarea primei școli medicale din țara noastră

Dr. Samuil Izsak
(Catedra de istoria medicinii, Cluj)

In acest an învățămîntul medical din țara noastră a avut două aniversări importante atît sub aspectul lor cultural general cît și sub acela politic: aniversările înființării Institutelor medicale din Iași și Tîrgu-Mureș. Aniversarea înființării facultății de medicină din Iași, act de la care au trecut 75 de ani, a coincis cu aniversarea a 10 ani de la înființarea Institutului de medicină din Tîrgu-Mureș, instituție medico-pedagogică și științifică cu limba de predare maghiară, creație a regimului nostru democrat popular. Această instituție de învățămînt medical cu limba de predare maghiară este o dovadă vie a interpretării și aplicării juste a învățăturii marxiste cu privire la rezolvarea problemei naționale, în domeniul asigurării învățămîntului în limba maternă a minorității maghiare din țara noastră.

Pe lîngă aceste două aniversări importante ale vieții noastre medicale, nu trebuie să uităm că tot în acest an se împlinesc 180 de ani de la înființarea Școlii medico-chirurgicale din Cluj, prima formă de învățămînt medical organizat de pe cuprinsul Republicii Populare Romîne. Ea a fost întemeiată la începutul anului 1775. Pînă la organizarea acestei școli, în nici una din provinciile istorice ale țării noastre n-a existat vreo formă organizată de învățămînt medical. Pînă în 1775, anul în care Școala medico-chirurgicală din Cluj a luat ființă, necesitatea unui învățămînt medical în Transilvania a fost puternic simțită, însă împrejurările economico-sociale și politice au împiedicat realizarea unei instituții medicale pedagogice iar pregătirea tinerilor pentru cariera medicală a fost limitată la unele prelegeri particulare ținute de cîțiva medici ardeleni mai bine pregătiți, înlesnindu-se în felul acesta unor tineri ardeleni accesul la universitățile din apus. Pornind de la aceste premise istorice, în trecutul dezvoltării învățămîntului medical de la noi se pot distinge, bine delimitate, două etape mari: 1) prima etapă, premergătoare formelor organizate ale învățămîntului medical, cu limitarea la activitatea pedagogică a unor medici izolați, care din propria lor inițiativă pregăteau cîțiva tineri dornici să urmeze studii medicale în străinătate sau dădeau educație medicală, mai mult sau mai puțin temeinică, unor persoane recrutate mai ales din rîndurile nobilimii dornice să-și îmbogățească cunoștințele lor; 2) etapa a doua, care începe o dată cu înființarea Școlii medico-chirurgicale din Cluj în anul 1775, prima formă organizatorică de învățămînt medical, inițiată și susținută de stat.

In perioada feudalismului din Transilvania s-a format cu timpul obiceiul, determinat desigur de lipsa unei instituții de învățămînt medical, ca unii medici cu renume să instruiască cîțiva tineri pentru cariera medicală. Astfel cunoscutul medic sas Paul Kyr (Kirres) din Brașov, autorul lucrării „Sanitatis studium" (Coronae-Brașov, 1551) a ținut prelegeri de medicină acelor tineri care doreau să se dedice studiului medicinei în străinătate.

In secolul al XVII-lea medicul Istvan Tolnai (1630—1690), profesor

la colegiul reformat din Cluj, și apoi medici maghiari din secolul al XVII-lea și al XVIII-lea, cum au fost Paul Dimjén (1655—1720), Gheorghe Bereck-Briccius (1668—1720), precum și vestiții medici Francisc Papai Pariz (1649—1716) și Samuil Köleséri (1663—1732) au pregătit pentru studii medicale numeroși tineri. Am arătat în rîndurile de mai sus că în unele cazuri, ce e drept excepționale, medicii timpului au dat o pregătire medicală și unor persoane din nobilime, care au manifestat interes pentru problemele practice și teoretice ale medicinei. Așa a fost cazul lui Dimitrie Cantemir, principe al Moldovei, care în „Descriptio Moldaviae" (1715) și în Istoria ieroglifică (tipărită pentru prima dată la 1883) dă dovadă de o cultură medicală în general neobișnuită la persoane care nu sînt medici. Este de altfel știut că între profesorii tînărului Cantemir, în timpul ședерii sale la Constantinopol, au fost și medici renumiți ca Ieremie Cacavela și Alexandru Mavrocordat sau cunoscători ai problemelor medicale teoretice cum a fost Meletie din Arta, care l-au familiarizat pe Cantemir cu problemele medicale în spiritul iatrochimiei și iatrofizicii [1]. Acestei educații se datorește și lucrarea sa de tinerețe, compoziția de școală despre opera lui Van Helmont [2]. Un caz similar, în ce privește familiarizarea cu probleme medicale, este în Ardeal acela al scriitoareicontese Ecaterina Bethlen (1700—1759), care a avut o temeinică pregătire medicală atît teoretică, cît și practică. Cunoștințele le-a obținut de la cîțiva medici ardeleni, — profesorii ei, — printre care cel mai de seamă a fost Samuil Köleséri. În biblioteca Ecaterinei Bethlen au existat și multe cărți medicale. Pentru cunoștințele ei medicale unii istorici ai medicinei maghiare o consideră chiar drept cea dintîi doctoriță în trecutul medicinii din Ungaria [3]. Natural, avînd în vedere situația socială a acestor persoane din nobilimea timpului, cunoștințele lor erau puse în mică măsură, sau de loc, în folosul păturilor largi, lovite de boli. Pe lîngă această formă neorganizată a obținerii unor cunoștințe medicale, pînă la înființarea Școlii medico-chirurgicale din Cluj, a mai existat încă o formă de „învățămînt", aceea din cadrul breslelor de bărbieri-chirurgi. Cu tot caracterul medieval al breslelor meșteșugărești, în rîndurile cărora se găseau și cele ale bărbierilor-chirurgi, elementele ieșite din sînul lor au contribuit într-o oarecare măsură la atenuarea lipsei de medici din Transilvania. Aportul lor a fost mai cu seamă prețios, prin ajutorul dat unor medici — puțini la număr — cu ocazia diferitelor epidemii care au bîntuit Transilvania în timpul orînduirii feudale [4].

Ca să putem aprecia importanța înființării Școlii medico-chirurgicale, caracterul ei, precum și rolul real pe care l-a jucat în deceniile care au urmat acest act, este indispensabil să cunoaștem în linii generale condițiile social-economice din Ungaria și Transilvania ca provincii ale Imperiului austriac, care deși au avut administrații separate și indepen-

---

[1] *Giorge Pascu:* Viața și operele lui D. Cantemir, Iași, 1924, p. 20 și p. 31.

[2] *L. Vaian:* Cel dintîi istoriograf medical romîn. Însemnările de medicină și de folclor ale principelui Dimitrie Cantemir. București, 1932, p. 6, 43—46, 47—59.

[3] *Lagyary-Kossa: Magyar orvosi emlékek.* (Mărturii ale medicinei maghiare). Budapest, 1929, vol. I, p. 36—37.

[4] Cu privire la breasla bărbierilor-chirurgi, vezi lucrarea Ștefan Pascu: Meșteșugurile din Transilvania pînă în secolul al XVI-lea. Cluj, 1954, p. 221—224 și Gortvay Görgy Az ujabbkori magyar orvosi müvelödés és egészségügy története. (Istoria culturii medicale și a igienei maghiare în timpurile mai noi), Budapesta, 1953, p. 47—52.

dente una de alta, în ce privește relațiile economice și sociale față de Austria, se găseau în aceeași situație, natural cu unele deosebiri locale. Austria și provinciile de coroană, cum au fost Boemia, Moravia etc., din punct de vedere economic, în special sub aspectul desvoltării industriale, erau mult mai avansate față de Ungaria și Transilvania, considerate și menținute în stare „colonială". Această situație economică inferioară în mod practic a însemnat menținerea cu orice preț a acestor provincii la nivelul economic și social al unor regiuni destinate să fie piețe de desfacere ale produselor industriale austriace și surse de materii prime agricole sau agro-industriale ieftine pentru Austria și provinciile ei de coroană.

Această situație a contribuit la accelerarea procesului de acumulare primitivă a capitalului în Austria și a imprimat un ritm foarte încet acumulării de capital în cuprinsul Ungariei și Transilvaniei. Subordonarea economică a acestor țări politicii economice a curții vieneze, a avut ca urmare totala lor supunere, pierderea oricărei independențe și libertăți statale. Nobilimea din Ungaria și Transilvania a susținut politica vieneză, vădit împotriva intereselor popoarelor din Ungaria și Transilvania. Situația țărănimii în această perioadă a dezvoltării sociale, caracterizată prin dezagregarea feudalismului și apariția succesivă a relațiilor de producție capitaliste, se agravează. Țărănimea iobagă suporta toată greutatea dublei exploatări și suferea din cauza procesului din ce în ce mai pronunțat al deposedării ei de pămînturile ce le mai avea [1]. Mizeriei maselor mari ale țărănimii iobage, pricinuite de exploatarea feudală, i s-au mai adăugat toate urmările grave ale unor calamități, cum au fost recolta deplorabilă din Ardeal în vara anului 1761, seceta din 1769 care a distrus cea mai mare parte a recoltei din Transilvania, epizootiile din anii 1765 și 1771—1772 care au făcut ravagii serioase. Abia luau sfîrșit calamitățile naturale și bolile epidemice se năpusteau asupra populației orășenești și mai cu seamă rurale, slăbite de lipsurile îndurate. Sifilisul răspîndit în mai toate regiunile Transilvaniei, făcea ravagii mari. Variola bîntuia și ea, în anul 1767 semnalîndu-se o foarte puternică epidemie. În lipsa măsurilor de prevenire a epidemiilor, se agrava situația sanitară generală a țării, atît sub aspectul colectivităților mari, cît și sub acela al sănătății și rezistenței individuale a populației. Ciuma apare și ea sub forma unor epidemii ucigătoare în 1738—1740, în anul 1756 în orașul Brașov și împrejurimi și apoi în 1770 (concomitent cu ciuma din Moldova și Muntenia) în județele de graniță înspre principatele Dunărene [2].

Pericolul permanent al diferitelor boli și epidemii provocate și condiționate de mizerie, nu era considerat numai sub aspectul lui pur sanitar și umanitar, ci, înainte de toate, din punctul de vedere economic. Masa țăranilor iobagi și populația orășenească de rînd, constituia un important factor economic, fie de consumator al produselor industriale austriace, fie ca forță de muncă ieftină în exploatarea bogățiilor naturale ale Transilvaniei (păduri, mine, etc.) și nu mai puțin ca producător de

[1] *Zs. P. Pach:* Az eredeti tökefel halmozas Magyorarszagon. (Acumularea primitivă a capitalului în Ungaria). Budapesta, 1952, cap. VI—VII, p. 124—175; și la *A. Mod:* 400 év küzdelem az önallo Magyrorszagart. (400 de ani de luptă pentru Ungaria independentă). Budapesta, 1954, cap. IV—V, p. 96—256.

[2] *Cservény Anton:* Cronica calamităților și epidemiilor din Ardeal, Banat și teritoriile mărginașe de la 1007—1872. (Din izvoare ungurești), Cluj, 1934.

mari cantități de materii alimentare ieftine, necesare alimentației capitalei și regiunilor industriale ale imperiului. Situația sanitară nu se putea îmbunătăți prin decrete și ordonanțe. Starea social-economică constituia un cerc vicios de cauze și motive care generau condiții medico-sanitare deplorabile pentru marea masă a celor exploatați. Guvernul vienez încerca să „rezolve" această stare a lucrurilor pe cale administrativă-sanitară, prin organizarea și reorganizarea serviciului sanitar pe baza decretelor medico-sanitare din 1752 cu privire la personalul sanitar sau prin „Generale normativum in re sanitatis" din 1770. Aceste două decrete cuprindeau măsuri sanitare cu privire la aproape toate aspectele vieții medicale și sanitare ale administrației de stat, fiind una din manifestările juridico-administrative ale puterii feudale centraliste. Prevederile acestor decrete, mai cu seamă acelea cu privire la asigurarea unui personal medical instruit, cu pregătire universitară, erau posibile numai prin existența unui număr destul de mare de medici și de personal sanitar auxiliar. Or, se simțea o lipsă pronunțată în această privință. Studiile în străinătate erau costisitoare și puțini tineri și le puteau permite pe cheltuială proprie. Sub acest aspect nu făceau excepție nici facultățile de medicină din Viena sau din Tîrnavia-Nagyszombat (mutată în 1777 la Buda, apoi în 1784 la Pesta), care de asemenea erau destul de greu accesibile și din considerente materiale. Acei care erau trimiși la facultăți de medicină cu subvențiile unor orașe sau prin știpendii din partea unor nobili, cum era obiceiul în Transilvania, au fost puțini. Față de nevoile medicale și sanitare mereu crescînde ale Transilvaniei, numărul medicilor instruiți era infim. Pe lîngă cauzele materiale, de ordin financiar, care explică cifra redusă a medicilor, a mai existat încă un impediment foarte serios, discriminările religioase, pentru studenții de altă religie decît cea catolică. Studenții de religie reformată, unitariană, mozaică, nu puteau obține nici la facultatea de medicină din Viena, nici la cea din Buda titlul de doctor, ci numai de licențiat în medicină. Această situație a durat pînă la 1782, cînd în urma precedentului creat prin aprobarea regală acordată unui medic evreu din Ungaria — Iosif Manes Oppenheimer — de a putea obține gradul de doctor în medicină, și protestanților li s-a deschis posibilitatea să devină medici cu titlul de doctor [1].

În asemenea condiții interne guvernul din Viena s-a văzut silit să asigure populației din Transilvania posibilitatea unui învățămînt care să permită formarea unui personal medical, fără grad de doctor, cu titlul de chirurg civil (chirurgiae magister), sau obstetrician (artis obstetriciae magister), menit să umple golul resimțit în lipsa medicilor cu înalte studii universitare.

La începutul anului 1775 apăruse decretul semnat de împărăteasa Maria Tereza, care dispune înființarea unei „facultăți" însărcinate cu pregătirea unor tineri pentru profesia de chirurgi și obstetriceni. Această „facultate" — care în realitate era departe de a avea un caracter universitar, comparabil cu nivelul învățămîntului medical superior din Viena sau Nagyszombat (Tîrnăvia), — făcea parte organică din acel Institut superior de învățămînt, care funcționase la Cluj. În timpul Mariei Tereza acest institut purtase titlul de „Universitas", ca mai tîrziu, sub domnia

1 *Gortvay György, op. cit.*, pag. 79.

lui Iosif al II-lea, să fie schimbat în acela de Lyceum Academicum. La început acest institut superior de învățămînt asigurase învățămîntul juridic, filosofic, care apoi a fost completat cu acela al medicinei. În primii ani ai existenței sale, învățămîntul medical a fost asigurat de către un singur profesor în persoana lui Iosif Laffer, care ținea cursuri de anatomie, chirurgie și obstetrică. Este ușor de imaginat unilateralitatea și insuficiența unui asemenea învățămînt limitat la cîteva materii medicale, și acelea predate în condiții mai mult decît modeste. Guvernul din Viena considera însă că pentru Transilvania, pentru această provincie ținută artificial și prin toate mijloacele în înapoiere economică și culturală, nu trebuie să se dea un învățămînt medical complet și cu un înalt nivel științific în conformitate cu exigențele universitare. Acest lucru reiese de altfel și din faptul că Iosif al II-lea i-a luat caracterul de universitate (și deci l-a lipsit de toate avantajele și prerogativele ce ar fi putut decurge din această situație), degradînd învățămîntul medical, o dată cu degradarea institutului în totalitatea lui în acela de Lyceum Academicum, după modelul școlilor similare existente la Laibach (Lubliana) în Slovenia și la Salzburg. Școala medico-chirurgicală din Cluj a funcționat mai bine de zece ani cu un singur profesor pentru materiile arătate mai sus, care erau predate în decursul unui singur an. De la bun început s-a văzut că școala, în limitele ei inițiale, nu va putea face față lipsei mari de personal medico-sanitar calificat. Deși rescriptul imperial din noiembrie 1776 a pus în vedere dezvoltarea treptată a învățămîntului medical și instalarea catedrelor de chimie, botanică, fiziologie și patologie, din toate acestea nu s-a ales nimic, învățămîntul medical rămînînd și mai departe în limitele lui extrem de reduse. Că față de problema învățămîntului medical din Transilvania guvernul vienez a avut aceeași atitudine de dispreț și nepăsare pe care o au și coloniștii de astăzi față de interesele culturale și sociale ale popoarelor din coloniile lor, reiese din acel fapt semnificativ că atunci cînd totuși s-a hotărît să se dea învățămîntului medical din Cluj o a doua catedră, aceasta nu a fost de medicină umană, ci de medicină veterinară. Pentru guvernul din Viena era mult mai importantă asigurarea unui învățămînt medico-veterinar, decît îmbunătățirea calității pregătirii chirurgilor și obstetricienilor. În felul acesta a luat ființă în 1787 catedra de medicină veterinară în fruntea căreia a stat profesorul Petru Fuhrmann. Această măsură, care nu putea nicidecum să satisfacă năzuințele cercurilor înaintate ale intelectualității, recrutate fie din burghezia orașelor, fie din nobilimea mijlocie, purtătoare ale unor tendințe și idei progresiste, a fost o urmare directă a politicii economice austriace. Vom înțelege îndată dedesubturile acestei politici economice, aplicate consecvent, pînă și la nivelul învățămîntului medical din Transilvania, dacă vom lua în considerare faptul că această provincie a fost una din sursele importante ale comerțului de animale în vederea aprovizionării cu carne a Austriei. Epizootiile frecvente decimau șeptelul din Transilvania, aducînd daune serioase comerciale, periclitînd importul de carne ieftină în Austria și în provinciile de coroană.

După 1790 au avut loc schimbări importante în structura școlii prin completarea învățămîntului. Au fost înființate noi catedre: una pentru chimie (farmacologie), fiziologie și patologie, a doua pentru oftalmologie. În felul acesta corpul profesoral — conform anuarului oficial din 1794 — era compus din:

Andreas Etienne (1751—1794) [1], avînd titlul de medic doctor, chemiae, mineralogiae, patologiae chirurgiae professor;

Josephus Laffer (1741—1798) [2], anatomiae, chirurgiae et obstetriciae professor;

Petru Fuhrmann (decedat în 1816) [3], veterinariae professor;

Joannes Molnar de Müllersheim (1749—1815) [4], de morbis et medicina oculorum professor;

Franciscus Horvath, prosector et adjunctus chirurgiae.

În această compoziție a corpului profesoral nu s-a întîmplat ani de-a rîndul vreo schimbare semnificativă. Către sfîrșitul secolului al XVIII-lea însă, în urma unor decese, intervin schimbări de remarcat. În 1797 moare profesorul André Etienne, renumit om de știință, cu pierderea căruia învățămîntul medical din Școala medico-chirurgicală a suferit o grea lovitură. În anul următor moare Iosif Laffer, primul profesor al școlii, acela de numele căruia este legat începutul învățămîntului medical organizat în Transilvania. Moartea acestui vrednic pedagog a deschis calea numirii doctorului *Ioan Eckstein* în funcția de profesor de chirurgie și obstetrică, post în care a funcționat pînă la 1808, cînd a fost mutat ca profesor la Facultatea de medicină din Pesta. Activitatea lui Eckstein prezintă o importanță deosebită și pe linia legăturilor medicale romîno-maghiare. Cartea lui Eckstein (scrisă în colaborare cu doctorul Andrei Szöts) despre sifilis [5] a fost tradusă în românește sub titlul „Învățătura adevărată pre scurt a vindeca boala sfrănțului după experiența și ispitirile cele mai nouă" (Cluj, 1803). Singurul exemplar al acestei prețioase cărți — una dintre primele cărți medicale de popularizare în limba română — se găsește în biblioteca Catedrei de istoria medicinei din Cluj. Cine anume a executat traducerea românească nu se știe pînă în prezent. Nu este exclusă posibilitatea ca ea să fi fost tradusă chiar de către Ioan Piuariu-Molnar — coleg cu Eckstein, amîndoi fiind profesorii aceleiași școli de medicină din Cluj.

Dezvoltarea școlii, începînd în ultimul deceniu al secolului al XVIII-lea, nu este un fenomen întîmplător sau datorit sentimentelor umanitare de care ar fi fost pătruns, fie împăratul Iosif al II-lea sau urmașul său Francisc I. Pe lîngă factorii economici și sociali, de relativă stabilitate în acest sfert al secolului al XVIII-lea, s-au ivit pe plan *internațional* și ca urmare a lor și pe plan *intern* evenimente care au silit guvernul din Viena să acorde mai multă atenție dezvoltării învățămîntului medical din Transilvania. Revoluția burghezo-democratică din Franța (1789), răspîndirea ideilor democratice filozofice și științifice materialiste în țările din occident și pericolul pătrunderii lor în Imperiul austriac, frămîntat de răscoale țărănești (cum a fost năpraznica răscoală a lui *Horia* în 1784, mișcările democratice-revoluționare ale iacobinilor maghiari 1794—1795), tendințele și mișcările culturale progresiste ale naționalităților asuprite din cuprinsul monarhiei, toate acestea, pe de o parte, au imprimat guver-

---

[1] *Mororu Olimpia:* Un medic luxemburghez, André Etienne, 1935.

[2] *Gortvay Gy.:* Az ujabbkori magyar orvosi müvelödés és egészségügy története. Budapest, 1953, vol. I, p. 80.

[3] *Maizner Ioan:* A kolozsvari orvos-sebészeti tanintézet történeti vazlata. (Schiță istorică a școlii medico-chirurgicale din Cluj), Cluj, 1890, p. 3.

[4] *Bologa Valeriu:* Ioan Molnar-Piuariu, primul medic titrat român ca autor medical. Extras din „Clujul Medical". 1924, nr. 5—6, p. 4—5.

[5] Titlul maghiar al cărții este „A vénusi vagy szerelem nyavalyanag rövid leirasa és bizonyes orvoslasa a legujabb tapasztalasok szarint". (Kolozsvar, 1803).

nului din Viena o atitudine și mai reacționară în problemele sociale și culturale ale naționalităților față de mișcările țărănești și revendicările acelei pături a burgheziei și nobilimii mijlocii, care lupta pentru interesele popoarelor, iar pe de altă parte l-au silit ca prin unele concesii, în anumite direcții, să încerce să slăbească nemulțumirea crescîndă. Este știut că guvernul din Viena, printr-o severă cenzură a cărților importate din apus, a încercat să pună stavilă pătrunderii ideilor revoluționare și materialiste. Aceeași politică a fost dusă și în ce privește eliberarea pașapoartelor tineretului să învețe în țările înaintate ale apusului, țări unde burghezia era pe atunci la putere (Olanda, Elveția sau Franța, leagănul ideilor revoluționare și al gîndirii filozofice materialiste din a doua jumătate a secolului al XVIII-lea). În asemenea condiții trebuia să se facă ceva în direcția asigurării unui învățămînt medical corespunzător cerințelor locale din Transilvania. Rezultatul acestei situații a fost lărgirea și îmbunătățirea învățămîntului medical din Cluj. Așa vom înțelege și de ce guvernul din Viena procedează dintr-o dată la lărgirea cadrelor didactice ale școlii. Aceste măsuri de îmbunătățire atrăgeau un număr mai mare de studenți și în același timp dădeau posibilitatea unui control politic asupra învățămîntului ce se desfășura „izolat" de evenimentele politice îngrijorătoare și de concepțiile materialiste periculoase care puteau să „otrăvească" tineretul studios. Acestui scop politic trebuia să răspundă și reforma introdusă la începutul secolului al XIX-lea (1808), conform căreia protomedicul (medicul-șef) al Transilvaniei, mutat cu sediul din Sibiu la Cluj, era în același timp directorul Școlii medico-chirurgicale, președintele comisiei de examinare, fără semnătura căruia diplomele eliberate nu aveau valabilitate.

În scurt timp, concomitent cu înmulțirea materiilor predate, durata învățămîntului a fost mărită la doi ani. Din documentul „*Summa praeceptorum studium chirurgiae et cursum biennalem determinantium*" din 1793 [1] reiese că predarea diferitelor materii se făcea după următoarea schemă de învățămînt: anul I. Semestrul 1: anatomie. Semestrul 2: obstetrica teoretică. Chirurgia legală (medicina legală). Fiziologia. Anul II. Semestrul 1: Patologia. Farmacologia. Medicina veterinară. Semestrul 2: Oftalmologia. Medicina veterinară.

În această etapă a existenței Școlii medico-chirurgicale, numărul studenților se prezenta în felul următor: în anul I la cursurile de anatomie au fost înscriși 20 de studenți, în semestrul II al anului I pentru materiile arătate mai sus au fost înscriși în total 19 studenți. Numărul studenților din anul II era mai mic, pentru amîndouă semestrele, au fost înscriși în total 12 studenți. Doctorul Maizner, istoriograf al Școlii medico-chirurgicale din Cluj, afirmă că în ultimul deceniu al secolului al XVIII-lea mai mulți studenți din anul II s-au angajat în armata austriacă, pe timp de război, în calitate de chirurgi militari, dată fiind lipsa mare de medici militari. În primele decenii ale secolului al XIX-lea, tot după datele lui Maizner, numărul studenților a fost în 1813, de 13, iar în 1815 de 15. În anul școlar 1836—1837 numărul total al studenților s-a ridicat la 48.

După anul 1814 învățămîntul avea aspectul următor: [2] anul I. Semestrul 1: Anatomie. Semestrul 2: Fiziologie, chirurgie teoretică și le-

[1] *Maizner Ioan:* Op. cit., pag. 12.
[2] *Szentkiralyi Ștefan:* Op. cit., pag. 6.

gală. Anul II. Semestrul 1: Patologie generală, farmacologie și medicină veterinară, chirurgia practică. Semestrul 2: Obstetrica, oftalmologia și medicina veterinară.

Începînd din anul școlar 1834—1835 învățămîntul de doi ani a fost lărgit, respectiv prelungit la 3 ani, ceea ce a permis o mai bună expunere a materiilor de curs prin aprofundarea unor probleme mai importante determinate de cerințele locale ale sănătății publice. In același timp învățămîntul de 3 ani a permis și îmbunătățirea pregătirii practice, spitalicești, la patul bolnavului. Anul al treilea era rezervat în întregime studiului patologiei și terapeuticii, cu exerciții, deci combinat cu practica spitalicească [1]. Rămîne de precizat o chestiune importantă, anume aceea a instituției unde făceau practica medicală spitalicească studenții Școlii medico-chirurgicale din Cluj. Nu putem să neglijăm cercetarea și a acestei chestiuni — capitale din punct de vedere al dezvoltării învățămîntului medical din Cluj, — o dată ce programa cursurilor prevedea, încă înainte de 1834 și mai ales însă după această dată, învățămîntul practic. Cu tot caracterul teoretic al învățămîntului, mai ales în primele decenii ale existenței acestei școli, se întărea din ce în ce mai mult tendința pronunțat practică a învățămîntului, deoarece numai în acest fel se putea asigura formarea unor chirurgi civili și obstetricieni în stare să facă față cerințelor de toate zilele. Unde făceau studenții practica medicală? Răspunsul nu este atît de simplu precum ar putea să apară la prima vedere. Este indiscutabil că în primele decenii ale existenței Școlii medico-chirurgicale învățămîntul a avut un pronunțat caracter teoretic. Studenții se recrutau în bună parte din rîndurile ucenicilor și calfelor de bărbieri-chirurgi, care în preajma maeștrilor lor au putut să-și însușească o oarecare tehnicitate operatorie. Nu este exclusă nici presupunerea — în lipsa unor documente și informații contemporane precise — că studenții însoțeau pe profesorii lor la domiciliul bolnavilor sau gravidelor, asistînd la intervenții sau făcînd și dînșii unele intervenții sub controlul profesorilor. Toate acestea însă rămîn presupuneri. Fapt este că obstetrica se făcea înainte de toate teoretic, probabil asociat cu practica pe fantom. Învățămîntul practic a devenit o realitate numai în primele decenii ale secolului al XIX-lea, cînd spitalul „Carolina" (Nosocomium Carolineum) a început să funcționeze, eveniment ce a avut loc în anul 1820. Nu știm precis dacă învățămîntul practic a început o dată cu funcționarea spitalului „Carolina". Sigur este însă faptul că începînd din anul 1831 doctorul Iosif Szöts (1797—1858), medicul primar al spitalului „Carolina", a început să țină cursurile de patologie și terapeutică practică pentru studenții Școlii medico-chirurgicale. In acest fel învățămîntul practic, o dată început și înrădăcinat, dovedindu-se superioritatea lui indiscutabilă și necesitatea de mult simțită, față de învățămîntul numai teoretic, este acceptat. El se oglindește și în programele cursurilor începînd din deceniul al treilea al secolului al XIX-lea. Acest eveniment a constituit fără îndoială o cotitură calitativă în procesul de învățămînt de la Școala medico-chirurgicală din Cluj. Prin aceleași etape de dezvoltare a trecut obstetrica, de la învățămîntul teoretic la cel practic spitalicesc, care permitea legătura strînsă între teoria și practica obstetricală. Datorită conștiinciozității și pregătirii profesionale a profesorilor care au lucrat la această școală medicală în prima jumătate a se-

[1] *Szentkiralyi Ștefan:* Op., cit., pag. 6.

colului trecut, precum și numărul mic al studenților, cu care corpul profesoral s-a putut ocupa mult și temeinic, după unii autori maghiari (Maizner), pregătirea chirurgilor și obstetricienilor ieșiți din această școală a fost mai bună decît acea a studenților din învățămîntul chirurgical al facultății din Pesta.

Dacă comparăm caracterul pur teoretic al învățămîntului medical ce se dădea studenților în ultimii 25 de ani ai secolului al XVIII-lea, cu acela al învățămîntului desfășurat în prima jumătate a secolului al XIX-lea, nu putem să nu observăm tendința din ce în ce mai marcată spre realizarea unității organice între teorie și practică. Învățămîntul practic, spitalicesc, se impunea imperios. Aceste tendințe sînt strîns legate de schimbările profunde intervenite în viața economică și socială a Transilvaniei în perioada premergătoare evenimentelor din 1848. Adîncirea contrazicerilor sociale fundamentale ale feudalismului și dezvoltarea relațiilor de producție capitaliste se prezenta și în domeniul medico-sanitar prin exigențe crescute. Înmulțirea considerabilă a populației orașelor și a centrelor de exploatare industrială, pericolul iminent al epidemiilor (în special holera) în stare să provoace daune serioase economiei, fie prin micșorarea forței de muncă umană, fie prin stingherirea comerțului etc., au contribuit la intensificarea preocupărilor medicale nu numai în direcția igienei, ci și în aceea a medicinei curative. Chestiunile asistenței publice la ordinea zilei s-au reflectat la nivelul învățămîntului medical din Școala medico-chirurgicală, pe de o parte prin imprimarea unei pronunțate tendințe spre completarea teoriei cu practica spitalicească, prin mărirea duratei învățămîntului și înmulțirea materiilor predate, iar pe de alta, prin creșterea numărului studenților, care în prima jumătate a secolului, cu toate oscilațiile ce le prezintă, trădează o tendință evolutivă.

Evenimentele revoluției burghezo-democratice din 1848 n-au rămas fără urme în viața școlii. De la început învățămîntul se făcea în spiritul totalei supuneri față de Austria și casa de Habsburg. Pe măsura adîncirii contrazicerilor social-politice, a dezvoltării burgheziei maghiare din Transilvania și apariției revendicărilor social-culturale ale acestei burghezii, apar în învățămîntul medical din Cluj elemente care reflectă situația politică. În secolul al XVII-lea învățămîntul se făcea încă în limba latină, după care, fără să știm precis cînd, s-a trecut la limba de predare maghiară. În perioada absolutismului, în 1853, s-a încercat germanizarea școlii prin impunerea limbii germane ca limbă de predare. Acest lucru însă n-a reușit complet niciodată, din cauza rezistenței profesorilor, care n-au respectat întocmai prevederile dispoziției imperiale cu privire la folosirea obligatorie a limbii germane. În 1860 această dispoziție a și fost revocată. Cu toate că s-a încercat să se imprime studenților servilism față de Austria, cu scopul urmărit prin Ratie Educationis (1777) încă de Maria Tereza de a avea funcționari supuși și devotați. Școala medico-chirurgicală n-a satisfăcut așteptările guvernului din Viena. Este neîndoios că unii profesori și mulți studenți ai școlii au fost animați de ideile democrației burgheze. În felul acesta vom înțelege de ce în 1848, aflînd de știrea izbucnirii revoluției în Budapesta, tineretul din Cluj a salutat revoluția printr-o demonstrație și s-a identificat cu năzuințele ei. Fără îndoială, în rîndurile acestui tineret s-au găsit și studenții Școlii medico-chirurgicale, care în anii 1848—1849 n-a încetat să funcționeze. Ni se

pare cu totul firesc să credem că studenții Școlii medico-chirurgicale au putut să fie educați în spirit patriotic și democrat, dacă luăm în considerare faptul că în corpul profesoral au fost figuri ca medicii Miklós (Nicolae) Szilayi, profesor de fiziologie, patologie și farmacologie din 1838, chirurgul Bogdán Abrahám (Pattantvus) și Moise (Mózes) Kósa, care au depus o activitate în interesul revoluției. Se știe că chirurgii Bogdán Abrahám și Moise Kósa s-au prezentat benevol la serviciul sanitar al armatei maghiare revoluționare, schimbînd munca de la catedrele lor cu activitatea de medici militari de campanie. Profesorul Szilagyi a scris în 1849 un pamflet politic considerat „laesio maestatis" și în consecință a fost trimis în fața curții marțiale și îndepărtat de la catedră. Numeroși studenți și absolvenți ai școlii au servit ca medici voluntari în cadrele corpului medical al serviciului sanitar al armatelor revoluționare maghiare [1].

Cercetînd registrele de înscriere a studenților care au urmat cursurile Școlii medico-chirurgicale din Cluj găsim reprezentate toate naționalitățile din Transilvania, deci și pe romîni. Dintre studenții romîni care au învățat la această instituție pedagogică medicală aș dori să amintesc numai cîțiva, pe acei care, mai tîrziu, pentru un motiv sau altul au devenit cunoscuți. La Cluj și-au început cariera lor medicală Vasile Manfi, Alexandru și Ioan Colceriu-Garabianu, Simeon Stoica și alții.

Școala medico-chirurgicală, pe lîngă rolul foarte important în pregătirea corpului medico-sanitar ardelean, a avut și misiunea de a forma moașe calificate. Problema pregătirii moașelor a fost mult timp destul de neglijată în Transilvania. Numărul moașelor cu învățătură era foarte mic în raport cu moașele empirice. Activitatea Școlii medico-chirurgicale în acest domeniu este demnă de toată lauda. La ce dată a început ținerea cursurilor pentru moașe, nu știm. Informații precise n-avem. Unii cred, prin presupunere, că și formarea lor ar fi început o dată cu înființarea școlii în 1775. Cert este că în 1808—1809 se țineau de două ori cîte două cursuri pentru moașe în limba lor maternă, printre care figura și cea romînă. În felul acesta prima instituție medicală de nivel mijlociu pentru formarea de moașe calificate, cu limba de predare romînă, a fost tot Școala medico-chirurgicală din Cluj. Pregătirea lor nu era numai teoretică ci și practică. Ele asistau la nașteri în spitalul „Carolina". Prospectele anuale emise de conducerea Școlii medico-chirurgicale, în limba germană și maghiară, arătau celor interesați că lecțiile pentru elevele cursurilor de moșit se țin în limba maghiară, germană și romînă.

Din deceniul al IV-lea al secolului al XIX-lea Școala medico-chirurgicală era bine închegată. În deceniile care au urmat ea s-a dezvoltat mai departe, mai cu seamă în cea de-a doua jumătate a secolului al XIX-lea. Autoritatea școlii, pregătirea studenților și a tinerilor chirurgi și obstetricieni ieșiți din sînul ei, se îmbunătățeau progresiv. Unii dintre profesorii școlii, prin pregătirea lor profesională și prin spiritul lor creator, au lăsat urme nestерse în istoria medicinei din Transilvania, moștenirea lor științifică făcînd parte integrantă din tradițiile înaintate ale medicinei din țara noastră. Este îndeajuns dacă amintim cazul renumitului oftalmolog Ioan Piuariu-Molnar și al lui Bogdán Abrahám (Pattantyus). Primul,

---

[1] *Gy. Zétény:* A magyar szabadsagharc honvédorvasai. (Medicii militari ai luptei pentru libertate maghiară), Budapesta, 1948, pag. 89 și următoarele.

Ioan Piuariu-Molnar, și-a ocupat catedra de oftalmologie a Școlii medico-chirurgicale în anul 1793, cu care ocazie a ținut o lecție de inaugurare intitulată „Paraenesis...“ (tipărită la Cluj în anul 1793). El se arată în această lecție ca un specialist desăvîrșit, animat de înalte sentimente și concepții științifice, luînd atitudine hotărîtă pentru știința oftalmologică împotriva șarlatanilor și medicaștrilor de bîlci, educînd studenții săi în spirit științific înaintat. Este în afara oricărei îndoieli că Piuariu a fost una din gloriile acestei școli și că prin înalta lui măiestrie în vindecarea diferitelor boli de ochi, el a ridicat autoritatea școlii mult peste granițele restrînse ale Transilvaniei. Deși către sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul celui de al XIX-lea, Viena era un însemnat centru medical și avea străluciți reprezentanți și în oftalmologie, totuși repetatele chemări ale lui Piuariu de á veni la Viena ca să trateze bolnavi din aristocrație, denotă renumele lui ca specialist [1].

Chirurgul Bogdán Abrahám (Pattantyus), deși a trăit cu cîteva decenii mai tîrziu decît Piuariu, de care îl despart nu numai cîteva decenii ci mai ales condiții social-istorice cu totul deosebite, totuși prin importanța activității lui de specialist chirurg, bine pregătit, animat de același spirit plin de elan, deschis pentru progres, care caracterizase și pe Piuariu, aparține și el acelei categorii de profesori care au ilustrat trecutul Școlii medico-chirurgicale din Cluj. Bogdán Abrahám (1817—1865), medic cu o pregătire chirurgicală remarcabilă, a fost un devotat al ideilor burghezo-democratice din 1848. Cînd a izbucnit revoluția din 1848 el s-a prezentat benevol pentru serviciul de medic militar în armata revoluționară. Era un om deschis progresului, urmărea cu mult interes evoluția și achizițiile medicinei din timpul său. În anul 1847, el a introdus în serviciul chirurgical de sub conducerea sa narcoza cu eter, fiind primul medic maghiar din Transilvania care a practicat-o. Pentru popularizarea narcozei eterice, precum și a observațiilor sale clinice, a publicat și un studiu interesant „Aetherreli kisérlet és joszandéku kérelem“ (Experiența cu eter și o rugăminte binevoitoare), apărut în revista „Természetbarat“ în Cluj, 1847, nr. 39 [2].

Printre profesorii Școlii medico-chirurgicale din Cluj au fost mulți, care după un stagiu mai mult sau mai puțin lung petrecut la vreuna din catedrele ei de specialitate, au fost transferați la Facultatea de medicină din Budapesta. O parte a corpului profesoral budapestan a fost recrutat din Cluj înainte de 1872, dar acest proces s-a continuat și după 1872. Asistăm în această privință la un fenomen similar cu acela care s-a desfășurat și în vechea Rominie în ce privește recrutarea unui număr însemnat de medici-profesori din Iași pentru Facultatea de medicină din București. Din Cluj au plecat la Budapesta renumiții medici maghiari Ferenc Lenhossék, Jenö Jandrássiki, Vilmos Schulek, Török Aurel, Tivadar Margó, Endre Högyes, József Fodor, Arpád Bókay și alții, care au ilustrat mai tîrziu centrul universitar medical din capitala Ungariei.

Renumele acestor cîțiva profesori amintiți aici nu se datorește exclusiv cunoștințelor lor profesionale, însușite și aplicate de ei într-un

---

[1] *S. Izsak:* Adevărata figură a lui Ioan Molnar-Piuariu. Studii și cercetări științifice, vol. I, 1950, fascicola 2, pag. 159—171 și Imre (Emeric) Bartok: A magyar szemészet-története. (Istoricul oftalmologiei maghiare), Budapesta, 1954, p. 64—66.

[2] Contribuții la istoria medicinei în R.P.R. Sub redacția prof. V. Bologa, București, 1955, pag. 196.

oarecare domeniu ştiinţific, ci şi activităţii unora din ei ca militanţi pentru idei progresiste sociale sau ştiinţifice. Frămîntările sociale, luptele politice din Transilvania (atunci provincie austriacă şi mai tîrziu ca parte din Ungaria), s-au manifestat şi în domeniul ştiinţific în forma luptelor între concepţiile ştiinţifice materialiste faţă de curentele idealiste, rezultate ale luptelor politice dintre clasele antagoniste ale societăţii.

Medici progresişti ai Şcolii medico-chirurgicale din Cluj şi ai facultăţii de medicină de mai tîrziu (după 1872), şi-au desfăşurat activitatea lor simultan cu primii darwinişti romîni ardeleni Gh. Barițiu [1] şi medicúl Pavel Vasici-Ungureanu (1806—1881) [2] care are merite deosebite în popularizarea darwinismului. Am arătat aci numai în linii schiţate activitatea unor profesori progresişti ai şcolii din Cluj. Cercetarea temeinică a scrierilor ştiinţifice ale corpului profesoral din vechea şcoală medico-chirurgicală nu s-a făcut pînă în prezent, cu atît mai puţin în lumina criticii marxiste. Aceasta rămîne o sarcină de rezolvat.

Şcoala medico-chirurgicală, după ce a satisfăcut pe deplin menirea ei, într-o etapă a dezvoltării sociale din Transilvania, devenind anacronică, atît în forma ei organizatorică, cît şi în ce priveşte conţinutul restrîns şi limitat al nivelului ştiinţific al învăţămîntului medical ce se făcea în sînul ei, a fost transformată în 1872 în Facultate de medicină. O dată cu ridicarea şcolii la gradul universitar începe o nouă etapă în istoricul învăţămîntului medical din Ardeal.

Intrat în redacţie în mai 1955.

---

[1] Texte privind dezvoltarea gîndirii social-politice în Romînia, Bucureşti, 1954, pag. 261—262.

[2] *Emil Pop:* Doctorul Pavel Vasici. Volumul „Contribuţii la istoria medicinei în R.P.R.", Bucureşti, 1955, pag. 327—354; şi Texte privind dezvoltarea gîndirii social-politice în Romînia, Bucureşti, 1954, pag. 279—281.

R E F E R A T E

* * * : **A. R. — „Să extindem şi să perfecţionăm experienţa dispensarizării".** Consfătuirea din Kursk a medicilor rurali din U.R.S.S. *Mediţinski rabotnik*, 1954, nr. 87 — 29.X, pag. 3.

La consfătuire s-au discutat pe larg diferitele forme organizatorice şi metode folosite în aplicarea dispensarizării în mediul rural.

Cu această ocazie s-a constatat că s-au făcut următoarele greşeli în aplicarea dispensarizării populaţiei rurale:

— s-au dispensarizat uneori numai colhoznici fără minimumul de zile-muncă prestate şi nu s-au dispensarizat mecanizatorii şi fruntaşii în producţie;

— uneori s-a încercat dispensarizarea întregii populaţii fără a se ţine seama de condiţiile concrete şi posibilităţile existente;

— alteori s-a făcut doar o simplă examinare medicală a anumitor contingente ale populaţiei, fără supravegherea sistematică ulterioară a bolnavilor depistaţi, fără instituirea unui tratament şi fără plasarea lor la muncă adecvată;

— alteori dispensarizarea s-a aplicat numai prin „comisiile medicale pentru colhoznici" compuse din specialiştii spitalelor raionale şi reprezentanţii diferitelor organizaţii, fără participarea directă a medicilor, felcerilor şi moaşelor de la sate;

— în fine, Ministerul Sănătăţii şi Institutul de organizare sanitară şi istoria medicinei au jucat îndelungat un rol numai de observatori.

Consfătuirea a ajuns să stabilească forma metodologică actuală de aplicare a dispensarizării populaţiei rurale.

Se dispensarizează în primul rînd: mecanizatorii, maiştrii recoltelor bogate, fruntaşii în muncă.

Selecţionarea bolnavilor se face cu prilejul consultaţiilor medicale obişnuite, precum şi cu prilejul examenelor medicale organizate ale populaţiei.

O figură centrală în realizarea dispensarizării a devenit medicul spitalului de circumscripţie rurală. In activitatea sa el se sprijină pe felcerul de la sate şi pe activul obştesc. Felcerul are un rol complex: pregăteşte informaţiile despre bolnavii sau persoanele care vor fi supuse examinărilor medicale, supraveghează regimul prescris şi plasarea la locul de muncă adecvată ce s-a indicat de specialiştii care au consultat bolnavii, informează permanent pe medic despre starea oamenilor dispensarizaţi şi primeşte de la acesta indicaţiile curente. Medicul de circumscripţie ţine legătura cu specialiştii spitalului raional, cu sanepidul, cu organele sindicale şi conducătorii administrativi; prin aceasta el are rolul de a uşura examinarea, tratamentul şi plasarea raţională în muncă a celor dispensarizaţi, precum şi îmbunătăţirea condiţiilor sanitare de muncă şi trai.

Vizitele medicale pe care le fac specialiştii trebuie să respecte în general orariul de lucru şi modul de executare a asistenţei normale la staţionar, policlinică şi domiciliu. Specialiştii spitalului raional au sarcina de a examina periodic grupele de dispensarizaţi şi a urmări dezvoltarea sănătăţii lor; de asemenea ei dispensarizează populaţia domiciliată în centrul raional şi în comunele ce ţin de spitalul raional. La examinările făcute de specialişti în cadrul grupelor de populaţie respective, vor participa activ şi medicii de circumscripţii, felcerii şi moaşele.

Sistemul de evidenţă a măsurilor de dispensarizare (circulara metodologică 21 a M.S. al U.R.S.S.) recomandat la consfătuire este: „fişa de ambulator" şi „fişa de dispensarizare de control".

După discuţiile avute la consfătuire au rămas încă de rezolvat o serie de alte probleme. Astfel:

— trebuie elaborate reguli unice pentru determinarea stării de sănătate pentru dispensarizaţi (de exemplu pe forme nosologice; pe persoane ce se îmbolnă-

vesc frecvent sau persoane la care boala se prelungeşte) ;

— trebuie să se elaboreze norme unice şi indici calitativi ai rezultatelor dispensarizării. Trebuie stabilit care să fie periodicitatea controalelor medicale ale bolnavilor dispensarizaţi pe diferitele forme nosologice. In această privinţă profesorul Lukomski a elaborat deja o schemă. Se pare însă că în această chestiune nu se poate lucra după scheme sau şabloane fixe ;

— trebuie să se elaboreze indicaţiile metodologice pentru expertiza incapacităţii temporare de muncă şi plasarea la muncă adecvată a bolnavilor dispensarizaţi.

Rolul spitalelor regionale este de a pregăti profesional cadrele medico-sanitare de la raioane şi circumscripţii în vederea introducerii şi aplicării metodei de dispensarizare şi de a elabora circularele metodologice privitoare la problemele de dispensarizare.

Consfătuirea a dezbătut următoarele metode de muncă în aplicarea dispensarizării în mediul rural :

— metoda I constă în vizitarea directă a unităţilor de către echipele de specialişti raionali sau regionali, care s-a dovedit foarte folositoare medicului şi felcerului de la ţară, dar care a avut numeroase repercusiuni negative asupra activităţii spitalului raional ;

— metoda a II-a, în care prima vizită medicală a populaţiei este făcută de medicii de circumscripţii rurale cu ajutorul felcerilor şi al moaşelor. Tot ei realizează şi supravegherea la dispensar a bolnavilor depistaţi. Medicul de circumscripţie trimite bolnavii la specialiştii raionali pentru examenele de control. Pe de altă parte specialiştii spitalului raional vizitează după un grafic periodic circumscripţiile medicale şi punctele de felceri-moaşe, cu care ocazie ei consultă bolnavii, controlează calitatea muncii curative şi profilactice prestate de personalul ajutător şi participă şi sprijină activ examenele medicale de la dispensarele rurale.

Rolul sanepidului. Principalul său rol este îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare de muncă şi trai în cadrul aplicării dispensarizării populaţiei rurale. Impreună cu medicii şi felcerii reţelei curative, sanepidul controlează starea sanitară a colhozurilor, a taberelor de cîmp, a S.M.T.-urilor, cercetînd condiţiile de muncă şi de trai ale colhoznicilor şi ale mecanizatorilor din agricultură. Ei întocmesc şi predau organelor de conducere planuri concrete pentru lichidarea lipsurilor. In mod periodic, ei fac anchete sanitare şi controale asupra felului cum se îndeplinesc propunerile făcute de ei, de altfel cu mult înainte de începerea muncilor agricole.

In timpul iernii se face pregătirea şi instruirea activului sanitar, organizarea posturilor sanitare de prim ajutor, alegerea împuterniciţilor sanitari şi diferite măsuri de educaţie sanitară şi de securitate a muncii (macarale pentru ridicarea greutăţilor, protejarea transmisiilor, iluminat adecvat, evacuarea gazelor, ventilaţie, temperatură, aprovizionarea cu apă potabilă, săpun, prosoape, truse de prim ajutor). Fiecare S.M.T. primeşte de la organele sanitare, în fiecare an, planul-sarcină pentru amenajarea sau îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi trai ale muncitorilor. Organele inspecţiei sanitare exercită controlul preventiv în vederea reconstrucţiei S.M.T.-urilor.

O sarcină specială a sanepidului este dispensarizarea persoanelor care au suferit de boli infecţioase şi a purtătorilor de bacili. De asemenea, sanepidul are sarcina discutării problemelor salubrităţii centrelor populate cu comitetele executive ale Sovietelor de raioane şi de regiuni.

Sanepidul participă activ la alegerea terenurilor de construcţie şi de amplasare a viitoarelor fabrici de cereale, indicînd normele de ventilaţie, instalaţiile necesare pentru captarea vaporilor şi gazelor periculoase, instalarea conductelor de apă, amenajarea terenului, alegerea terenului pentru gheţărie, aşezarea cantinei, a punctului medical etc.

Sanepidul cercetează problemele de igienă în munca cu insecto-fungicidele (îngrăşarea solului, tratarea seminţelor, lupta contra dăunătorilor agricoli). Pentru muncitorii din acest sector se impune dispensarizarea, paralel cu o igienă riguroasă a condiţiilor de muncă şi cu o aplicare atentă a mijloacelor de apărare colectivă şi individuală.

Consfătuirea din Kursk atrage atenţia că, deşi conform circularei metodologice nr. 21 a M. S. al U.R.S.S. „Medicii de circumscripţii rurale sînt organizatorii principali ai dispensarizării populaţiei în circumscripţii", totuşi trebuie ca bolnavii dispensarizaţi (în afară de cei de boli interne) să stea sub supravegherea sistematică şi permanentă a medicilor specialişti şi să urmeze tratamentul la aceşti specialişti sau după prescripţia lor. E necesar ca fiecare specialist să vadă, pe măsura nevoilor reale, pe toţi bolnavii săi şi nu să-i în-

credinţeze numai medicului de circumscripţie sau felcerului. Rolul acestora este, în acest caz, de a ajuta pe specialişti, prin aplicarea tratamentului, controlarea regimului de muncă prescris etc. In acest scop, circumscripţiile şi punctele de felceri trebuie să fie dotate cu utilaj, instrumente şi literatură de specialitatea respectivă.

Dr. Bad Eugen

E. D. AŞURKOV. — Orientarea profilactică a medicinei sovietice şi dispensarizarea populaţiei rurale, *Sovetskoe zdravoohranenie,* 1954, nr. 3, pag. 5—8.

Autorul arată că prin metoda dispensarizării trebuie să se înţeleagă sistemul de muncă medicală, bazată pe următoarele caracteristici:

1. Depistarea activă şi în stadii iniţiale de îmbolnăvire, paralel cu luarea în evidenţă pe grupe de bolnavi, supraveghere sistematică şi tratament adecvat pentru restabilirea completă a sănătăţii şi capacităţii de muncă, paralel cu prevenirea recidivelor şi a evoluţiei cronice a bolii.

2. Evidenţă pentru anumite grupe de sănătoşi, cu supravegherea lor permanentă, pentru prevenirea îmbolnăvirilor.

3. Studierea stării sănătăţii populaţiei, a dinamicii morbidităţii sale şi studiul factorilor mediului extern care o condiţionează. Paralel, îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi trai şi repartizarea bolnavilor la muncă adecvată.

Dispensarizarea populaţiei rurale a început în 1951 (raionul Ciudnovsk-Jitomir).

In cursul aplicării dispensarizării s-au comis unele defecţiuni, ca:

— nu s-a dat suficientă atenţie dispensarizării fruntaşilor în muncă, mecanizatorilor etc.;

— nu s-a ţinut seama de posibilităţile concrete existente în cadrul personalului medico-sanitar şi materiale;

— au fost supuse examinărilor medicale grupe mari de populaţie sau chiar întreaga populaţie, ceea ce a dus la greutăţi şi defecţiuni în programul de muncă al spitalului raional;

— uneori examenele medicale au avut caracter de „campanii" superficiale şi nu au fost urmate de măsuri de asanare a mediului sau de alte măsuri de urmărire medicală;

— sanepidurile nu şi-au găsit locul just în aplicarea dispensarizării populaţiei rurale;

— comisiile medicale raionale pentru selecţionarea dispensarizaţilor şi aplicarea măsurilor de dispensarizare, s-au substituit medicilor de circumscripţie, în ce priveşte atribuţiile.

Autorul arată apoi o serie de date organizatorico-metodologice necesare în aplicarea dispensarizării populaţiei rurale.

Dispensarizarea e o metodă ce trebuie să devină o parte integrantă, organică, a activităţii obişnuite a instituţiilor curativo-profilactice.

Selecţionarea cazurilor pentru dispensarizare să se facă în funcţie de condiţiile locale. In general, să se selecţioneze grupe de fruntaşi în producţie, specialişti, adolescenţi etc., indiferent de starea sănătăţii lor. Paralel se selecţionează anumite grupe de bolnavi de forme de boală. Numărul acestora se măreşte pe măsura creşterii posibilităţilor de cuprindere a cadrelor şi materialelor sanitare.

Recrutarea celor propuşi pentru selecţionare se va face, fie în cadrul consultaţiilor zilnice obişnuite date de medicul unităţii — metodă care este astăzi neglijată, lucru cu totul injust — fie prin examene efectuate pe grupe de populaţie ce se pot executa cel puţin de 1—2 ori pe an.

Termenul examenelor de control este în funcţie de caracterul cazului respectiv.

Evidenţa şi urmărirea măsurilor de dispensarizare se poate face pe fişa medicală de ambulator.

Conducerea generală a dispensarizării în raionul rural, revine secţiei sanitare de raion.

Principalul organizator şi executant este medicul de circumscripţie. El face planul de dispensarizare, selecţionează persoanele prin consultaţiile zilnice, participă la examinările în masă, supraveghează şi tratează după prescripţiile specialiştilor spitalului raional pe bolnavii aflaţi în dispensarizare, antrenează cadrele medii care au un rol important în această muncă.

Spitalul raional are următoarele atribuţii:

1. rol organizatorico-metodologic pe întreg teritoriul, iar prin specialiştii săi participă la examinările şi tratamentele ulterioare şi dă consultaţiile de specialitate;

2. aplică dispensarizarea în oraşul de reşedinţă şi în teritoriul afectat spitalului;

3. analizează şi centralizează datele rezultînd din dispensarizarea populaţiei rurale pe întreg raionul;

4. înaintează secției sanitare raionale concluziile proprii.

Sanepidul raional are sarcina de a studia condițiile de muncă și trai ale persoanelor luate în dispensarizare și de a indica măsurile de îmbunătățire, urmărind și realizarea lor.

Personalului medical superior din spitalele clinice sau institute medicale, îi revine un rol tehnologic în stabilirea metodologiei dispensarizării.

Autorul mai arată că pentru asigurarea succesului dispensarizării este absolut necesară intensificarea legăturilor cu organele locale ale puterii de stat, de partid și cu coducătorii colectivităților. La fel se poate asigura succesul și prin faptul că simultan cu cele arătate mai sus, se face o antrenare largă, activă și pricepută a activului sanitar din rîndurile populației.

Dr. Bad Eugen

F. F. BOGDANOV. — „Conferința unională a muncitorilor sanitari în probleme de profilaxie a traumatismului și de organizare a asistenței traumatologice în agricultură". *Sovetskaia mediţina,* 1954, nr. 12, p. 26—31.

Conferința a avut loc în zilele de 13—14 mai 1954 la Novosibirsk. In decursul celor patru ședințe au fost prezentate 22 de referate.

Referatul principal, al prof. N. N. Priorov, a avut tema: „Profilaxia traumatismului și organizarea asistenței traumatologice în agricultură". Din referat au rezultat următoarele sarcini principale care stau în fața organelor și instituțiilor sanitare:

a) elaborarea și aplicarea celor mai bune condiții igienico-sanitare de muncă și trai pentru colhoznici și pentru muncitorii din sovhozuri și S.M.T.-uri;

b) studiul aprofundat și analiza traumatismului la diferitele grupe de populație rurală, în scopul prevenirii și reducerii morbidității și a traumatismelor;

c) asigurarea unei organizări exemplare privind deservirea curativo-profilactică a populației rurale care să poată beneficia de toate felurile de asistență medicală;

d) aplicarea pe scară largă a tehnicii înaintate și însușirea acestei tehnici.

Pe baza datelor prezentate, în scopul prevenirii și reducerii numărului de traumatisme, autorul a recomandat următoarele măsuri:

1. Organizarea unei evidențe corespunzătoare a traumatismelor ce se produc în agricultură.

2. Desemnarea în fiecare colhoz, sovhoz și S.M.T., a unor responsabili de protecție a muncii și tehnica securității;

a) controlul asupra organizării corecte a muncii și a repartizării forțelor de muncă;

b) protecția mașinilor mobile sau a părților mobile;

c) asigurarea iluminatului corespunzător;

d) introducerea unui sistem de semnalizare la lucrările tractoarelor și ale mașinilor în general;

e) înzestrarea muncitorilor cu echipament de protecție;

f) spălarea și repararea hainelor de protecție.

3. Folosirea experienței profilaxiei traumatismelor din industrii și în agricultură:

a) măsuri de prevenire a accidentelor în contractele colective ale muncitorilor agricoli;

b) anchetarea la locul accidentului a tuturor cazurilor de traumatisme de o gravitate mare și mijlocie și luarea de măsuri în consecință;

c) să se facă controale obștești asupra utilajului și mașinilor pentru aplicarea măsurilor de tehnica securității muncii;

d) dispozitive de protecție comune și individuale la mașini;

e) conferințe și consfătuiri pe problemele de profilaxie a traumatismului;

f) participarea largă a maselor din mediul rural la organizarea și aplicarea măsurilor profilactice.

4. Instruirea muncitorilor și a mecanizatorilor în tehnica securității muncii, în mod obligatoriu la angajarea în serviciu, și apoi repetate cel puțin de două ori pe an.

5. Munca obștească pentru educarea disciplinii muncitorilor în aplicarea regulilor de tehnica securității și de protecție individuală.

6. Munca de educație sanitară orientată în direcția aplicării regulilor de igienă generală și individuală și în direcția prevenirii și scăderii traumatismului.

Pentru tratarea accidentaților, trebuie creat un sistem armonios de asistență curativo-profilactică a populației, bazat pe lanțul format prin punctul de autoajutor și ajutor reciproc, primul ajutor medical, ajutorul la spitalul de circumscripție, asistența la spitalul raional și asistența la nivelul spitalelor regionale.

La conferință au prezentat corapoarte în aceeași temă: N. I. Ratușnii, N. I. Zagarinov, D. I. Malghin, K. I. Zerov.

Prof. L. I. Sulutko a susţinut referatul: „Unele probleme de organizare a combaterii traumatismului agricol", care constată între altele că este necesar ca la nivelul S.M.T. să se creeze puncte de sănătate, iar acţiunea de combatere a traumatismului agricol fiind de resortul igienei, conducerea ei trebuie încredinţată sanepidului raional, cu participarea permanentă a chirurgului raional.

V. S. Vorocenko a prezentat referatul: „Traumatismul profesional şi profilaxia sa la mecanizatorii din agricultură", iar prof. B. I. Berliner: „Traumatismele la sovhozurile cultivatoare de bumbac din Uzbekistan şi organizarea asistenţei traumatologice".

Au mai prezentat referate şi rapoarte o serie de savanţi şi de organizatori sanitari din diferitele republici unionale.

Conferinţa a adoptat o rezoluţie cu privire la o serie de probleme organizatorice importante în combaterea traumatismului agricol, formulînd o serie de cereri către Ministerul Sănătăţii, Ministerul Agriculturii şi al Sovhozurilor şi către conducerea Comitetului Central al Sindicatelor muncitorilor din S.M.T. şi agricultură, precum şi către conducerea Institutului central de traumatologie şi ortopedie.

După terminarea conferinţei, au fost organizate deplasări în raioanele regiunii Novosibirsk şi ale ţinutului Altai, unde s-au ţinut referate în probleme de chirurgie, traumatologie, ortopedie etc., pentru muncitorii sanitari.

Dr. Bad Eugen

V. **VOLOJALIN**, medic şef al spitalului. — **„Nivelul sanitar modern al Serviciului de circumscripţie rurală". Spitalul de circumscripţie rurală din satul Şinievka, raion Neklinov-Rostov**, *Mediţinski rabotnik*, 1954, nr. 43, 30.V.

Autorul arată o serie de metode de muncă utilizate şi care au dus la îmbunătăţirea muncii de asistenţă medicală în circumscripţia medicală rurală. Aşa sînt:

1. Conferinţele în spital, făcute cu personalul din circumscripţie, la care se discută probleme curative şi organizatorice. Felcerii şi moaşele, ţin referate.

2. Programarea periodică a fiecărui cadru mediu spre a lucra în fiecare an timp de cîteva săptămîni în spitalul de circumscripţie.

3. Pentru ridicarea responsabilităţii şi a calificării felcerilor, s-a introdus regula de a consulta bolnavii ambulatori exclusiv pe baza biletului de îndrumare al felcerului sau al moaşei (cu excepţia cazurilor urgente). Fişele de ambulator sînt păstrate la punctele de felcer-moaşe. In aceste fişe medicii înscriu constatările şi recomandările lor. Primind înapoi fişa de ambulator, felcerul şi moaşa procedează imediat la îndeplinirea recomandaţiilor şi ordonanţelor medicale, informînd săptămînal pe specialiştii spitalului despre evoluţia afecţiunii. Prin această metodă, numărul consultaţiilor şi al procedeelor curative aplicate la nivelul ambulatorului spitalului a scăzut cu 3,5 ori şi au sporit proporţional la punctele de felceri şi moaşe.

4. Conducerea circumscripţiei preconizează o stabilitate îndelungată a cadrelor medii la punctele de sănătate. Prin aceasta ei îşi cunosc mai bine terenul. Moaşele organizează exemplar patronajul copiilor şi al gravidelor. Nici un caz de naştere nu se mai produce la domiciliu. Nu mai există nici un caz de mortinatalitate.

5. Colectivul circumscripţiei îşi restructurează întreaga activitate, pe baza planului complet unic, avînd în frunte problemele profilactice. Astfel pentru a cunoaşte starea de sănătate şi starea mediului extern, s-au introdus: carnetele familiale de sănătate şi cazierul sanitar al întregii circumscripţii medicale, care cuprinde o caracterizare completă a fiecărui sat, pe curţi, case, surse de apă etc. Consecutiv acestor măsuri, s-a introdus şi metoda dispensarizării. In fiecare an se începe prin examinările medicale făcute prin brigăzi complexe (de exemplu în 1953 au fost examinate 5 000 de persoane).

6. Pentru ocrotirea sănătăţii copiilor, după ieşirea mamei din maternitate, sora de patronaj face un plan calendaristic de vizitare a copilului pe întreg anul prim de viaţă. Paralel se face şi dispensarizarea copiilor sub un an suferinzi, prin consultaţii periodice de copii la cabinetul de pediatrie al ambulatorului. Toţi copiii cu afecţiuni gastro-intestinale sînt trimişi în mod obligatoriu la spitalul de circumscripţie. S-a asigurat şi o asistenţă prin reţeaua de creşe.

7. La nivelul spitalului de circumscripţie se ţin regulat seminarii de pediatrie şi puericultură cu conducătoarele creşelor şi cu personalul de la punctele de sănătate.

O atenţie deosebită se dă determinării regulate a gradului de dezvoltare fizică a copiilor. Se face sistematic controlul sănătăţii elevilor în mod clinic şi

radioscopic. Se face asanarea cavității bucale și lupta antihelmintică.

Dr. Bad Eugen

SAFONOV A. G. — „Restructurarea ocrotirii sănătății la sate în R.S.F.S. Rusă", *Sovetskoe zdravoohranenie*, 1954, nr. 1, pag. 10—16.

Autorul arată că sînt necesare următoarele măsuri:

1. Apropierea asistenței medicale specializate de populația rurală, prin întărirea spitalelor raionale rurale.

2. Introducerea formelor și metodelor înaintate de muncă (metoda dispensarizării etc.).

3. Completarea circumscripțiilor medicale rurale cu medici și aparatură. Mărirea numărului de paturi din spitalele rurale de circumscripții.

4. Organizarea unor consultații medicale de specialitate la spitalele rurale de circumscripții, introducîndu-se cumulul de funcțiuni. Specialitățile înguste pot fi introduse la nivelul spitalului raional.

5. Creșterea rolului și răspunderii punctelor de felceri-moașe prin ridicarea calificării lor profesionale la bazele din spitalul regional sau raional, înzestrarea cu utilaj și îmbunătățirea muncii de control a punctelor de felceri și moașe făcută prin circumscripțiile medicale rurale și secțiile sanitare raionale.

6. Deplasarea mai largă, pe teren, a specialiștilor din spitalul orășenesc și regional și afectarea unui număr de paturi pentru spitalizarea planificată a muncitorilor rurali.

7. Organizarea de conferințe raionale, în vederea ridicării profesionale a cadrelor rurale.

8. Aprofundarea și îmbunătățirea muncii de patronare de către instituțiile curativo-profilactice orășenești a unor instituții sanitare din raioanele rurale.

9. Organizarea de sesiuni științifice în localitățile rurale.

10. Institutele de cercetări științifice trebuie să facă studiul aprofundat al condițiilor de muncă în specificul producției agricole.

11. Trebuie întărită asistența medicală în S.M.T.-uri. Dispensarizarea mecanizatorilor și fruntașilor în producție.

12. Este necesară înmulțirea paturilor bugetare de lăuze, a paturilor din creșe și case de nașteri, precum și tratarea curentă a afecțiunilor ginecologice.

13. La rîndul său sanepidul trebuie să ia măsuri complexe pentru asanarea condițiilor de muncă și trai, ale populației rurale, în fiecare S.M.T., colhoz și sovhoz.

14. Popularizarea culturii fizice și a sportului.

15. Trebuie de asemenea restructurată radical activitatea muncii de conducere a organelor de ocrotire a sănătății centrale și locale.

Dr. Bad Eugen

In atenția autorilor

In vederea îmbunătățirii muncii redacționale, pentru a se putea tipări reviste la timp și în condiții tehnice cît mai bune, recomandăm autorilor ca la întocmirea articolelor să țină seama de următoarele indicații:

1. — Articolele vor fi scrise la mașină pe o singură față, la două rînduri, cu o margine lată de 4 cm în stînga textului. Fiecare articol va fi însoțit de un rezumat scurt. Articolele se vor trimite în dublu exemplar, din care un exemplar va fi în mod obligatoriu originalul și vor fi scrise cu noua ortografie a R.P.R. Nu se admit articole scrise pe foiță sau avînd ștersături sau modificări în text. Articolele se trimit la adresa: Editura Medicală, str. Aristide Briand 7, București, raionul I. V. Stalin (secretariatul publicațiilor originale, pentru revista...).

Pe prima pagină se va menționa:

a) titlul articolului;

b) prenumele și numele autorului;

c) denumirea instituției în care s-a făcut lucrarea;

d) dacă lucrarea a fost comunicată la S.S.M. se va menționa filiala, secția și data comunicării.

2. — Articolele vor purta în mod obligatoriu, semnătura autorului (la sfîrșit, citeț) și adresa lui exactă pentru a se putea trimite eventualele observații, precum și retribuția corespunzătoare.

3. — Articolele nu vor depăși:

a) 4 pagini dactilografiate pentru recenzii, cronici, dări de seamă, note;

b) 6 pagini dactilografiate pentru probleme de tehnică și inovații;

c) 8 pagini dactilografiate pentru probleme de organizare, schimb de experiență;

d) 10 pagini dactilografiate pentru lucrări originale, cercetări experimentale;

e) 18 pagini dactilografiate pentru referate generale.

4. — Expunerea trebuie să fie clară și concisă, fără cuvinte și fraze inutile.

În expunerea materialului, redacția recomandă autorilor să respecte următoarea ordine:

a) Felul în care se pune problema, însoțit de o scurtă trecere în revistă a datelor bibliografice sau eventual istorice;

b) Descrierea metodei de cercetare utilizate (dacă metoda nu este prea cunoscută);

c) Descrierea rezultatelor efectiv obținute;

d) Scurtă analiză a rezultatelor obținute, compararea lor cu datele din literatură și încadrarea lor în tezele pe care autorul le consideră fundamentale;

e) Scurte concluzii;

f) Se recomandă utilizarea cifrelor relative (procentuale) și nu a celor absolute.

5. — Articolele trebuie minuțios controlate de autori, întrucît corectura nu se trimite autorului. Se vor verifica:

a) Cifrele, totalurile și procentele; se va controla dacă cifrele cuprinse în tabele corespund cu cele din text;

b) Se vor da indicații cu privire la titluri și subtitluri;

c) Expunerea cazurilor clinice, descrierea unei tehnici și în general părțile care nu sînt esențiale pentru argumentația lucrării, vor fi însemnate pe marginea stîngă cu o linie verticală și cu mențiunea „literă mică";

d) Tabelele vor fi numerotate cu cifre romane;

e) Fotografiile, desenele, schițele, diagramele vor fi însemnate cu cifre arabe;

f) Microfotografiile și desenele după microscop vor trebui să fie însoțite de indicația măririi;

g) Radiografiile vor fi însoțite de un cartuș cu desen explicativ;

h) In cuprinsul textului se va menționa precis locul unde trebuie introdus tabelul sau desenul.

6. — Tot materialul grafic (fotografii, desene, schițe, diagrame) trebuie să fie cît mai redus, limitîndu-se la strictul necesar. Fotografiile vor fi de contrast, desenele precis executate, iar schițele și diagramele făcute în tuș. Nu se primesc schițe sau desene colorate.

Pe verso-ul desenului sau fotografiei se scrie titlul articolului, numele autorului, numărul de ordine, precum și mențiunea „sus" și „jos".

Materialele grafice vor fi însoțite de legendele figurilor respective, precum și de un borderou semnat, în care se va indica numele și locul lor în manuscris. Materialul grafic cu borderoul se pun într-un plic pe care se notează titlul articolului și numele autorului și se anexează la manuscris.

7. — Bibliografia va fi dată în ordinea alfabetică și va cuprinde:

— pentru cărți: autorul, titlul, ediția, anul, editura;

— pentru reviste: autorul, titlul, revista, anul, numărul, luna, pagina.

In bibliografie se vor include numai acele lucrări care se găsesc menționate în articol.

8. — Articolele care nu prezintă condițiile enumerate la punctele de mai sus vor fi retrimise autorilor pentru corectare.

9. — Redacția își rezervă dreptul de a scurta și corecta articolele.

10. — Nu se acceptă lucrări care au mai fost tipărite sau trimise spre publicare altor reviste.

11. — Articolele neacceptate pentru publicare nu se restituie autorului.

12. — Redacția va răspunde în timp util autorilor despre acceptarea sau neacceptarea articolului, sau eventual despre necesitatea modificării lui.

13. — In vederea unei colaborări mai strînse între redacția revistei și cititori, rugăm pe cititori să ne transmită în scris părerile lor asupra revistei și a articolelor publicate.

EDITURA MEDICALĂ
București, str. Aristide Briand nr. 7.